Unis pour
la santé!

Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2014-2015

Québec

Unis pour
la santé!

Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2014-2015

Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Québec

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
355, boulevard Saint-Germain
Rimouski (Québec) G5L 3N2
Téléphone : 418 724-5231
www.cisssbsl.gouv.qc.ca

Production
Présidence-direction générale du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Édition
© Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
ISBN : 978-2-550-73588-5 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-73594-6 (version PDF)

Dans cet ouvrage, la forme masculine est utilisée sans discrimination dans le seul but d'alléger le texte.

Table des matières

Sigles et acronymes 5

Message de la présidente-directrice générale 7

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents 10

CHAPITRE 01

Présentation de la région et de son réseau de santé et de services sociaux 13

1.1 Occupation du territoire 14

1.2 Conditions démographiques et socioéconomiques 15

1.3 Portrait de santé des Bas-Laurentiens 16

1.4 Les établissements de santé et de services sociaux et les réseaux locaux de services 18

CHAPITRE 02

Présentation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent 21

2.1 Mission, rôle et responsabilités 22

2.2 Plan d'organisation, effectifs et organigramme 23

2.3 Conseil d'administration 25

2.4 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services 26

2.5 Comité de vigilance et de la qualité 27

2.6 Comité de vérification 28

2.7 Comité de gouvernance et d'éthique 29

2.8 Comité intersectoriel des partenaires de l'Agence 30

2.9 Département régional de médecine générale 32

2.10 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 33

2.11 Comité régional sur les services pharmaceutiques 34

2.12 Commission infirmière régionale 35

2.13 Commission multidisciplinaire régionale 36

2.14 Comité régional d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise 37

CHAPITRE 03

Faits saillants de l'année 39

3.1 L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être 40

3.1.1 Les principaux déterminants de la santé et du bien-être 40

3.2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services 42

3.2.1 L'accès aux services médicaux de première ligne 42

3.2.2 Le Service régional Info-Santé et Info-Social 43
3.2.3 Les services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer 44
3.2.4 Les services aux jeunes en difficulté 45
3.2.5 Les services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendances 47
3.2.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) – Les services de soutien à domicile 49
3.2.7 Services d'assistance personnelle aux activités de la vie quotidienne offerts par des partenaires hors réseau 53
3.2.8 Les services en soins palliatifs de fin de vie 53

3.3 Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services 54
3.3.1 Les ressources médicales spécialisées 54
3.3.2 Les services thérapeutiques et diagnostiques 54
3.3.3 Les services spécifiques et les services spécialisés de réadaptation pour les personnes ayant une déficience 57

3.4 La qualité des services et l'innovation 58
3.4.1 L'implantation de standards cliniques, le transfert des connaissances et l'innovation 58
3.4.2 La qualité et la sécurité des soins et des services 60

3.5 La mission universitaire médicale au Bas-Saint-Laurent 62

3.6 L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines 62

3.7 Les systèmes d'information en appui à l'offre de service 65
3.7.1 L'accès, la circulation et l'intégration des informations cliniques 65

CHAPITRE 04 **Organismes communautaires** 67

4.1 Le contrôle de la conformité 68

4.2 Le bilan des interventions réalisées 69

CHAPITRE 05 **Données financières 2014-2015** 71

5.1 Les résultats financiers de l'Agence 72

5.2 Les allocations des ressources financières aux établissements 96

5.3 Les allocations financières versées aux organismes communautaires – L'enveloppe régionale de crédits 97

ANNEXES

Annexe I Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent 104

Annexe II Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de l'année financière 2014-2015 114

Sigles et acronymes

A-B	AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
	AIDES	Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité
	ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
	AVQ	Activité de vie quotidienne
	BNQ	Bureau de normalisation du Québec
	BSL	Bas-Saint-Laurent
C	CA	Conseil d'administration
	CAAP-BSL	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent
	CDCBSL	Consortium en douleur chronique du Bas-Saint-Laurent
	CDJC	Centre de jour communautaire
	CÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
	CESS	Centre d'expertise et de santé de Sherbrooke
	CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
	CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
	CIR	Commission infirmière régionale
	CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
	CJ	Centre jeunesse
	CLSC	Centre local de services communautaires
	CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
	COSMOSS	Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé Scolarisé et en Santé
	CPE	Centre de la petite enfance
	CR	Centre de réadaptation
	CRD	Centre de réadaptation en dépendance
	CRÉ	Conférence régionale des éluEs
	CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
	CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
	CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
	CSSS	Centre de santé et de services sociaux
	CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
D	DAI	Dossier d'affaires initial
	DCI	Dossier clinique informatisé
	DG	Directeurs généraux
	DI	Déficience intellectuelle
	DMÉ	Dossier médical électronique
	DP	Déficience physique
	DPJ	Direction de la projection de la jeunesse
	DQC	Direction québécoise de cancérologie
	DRMG	Département régional de médecine générale
	DSP	Direction de santé publique
	DSQ	Dossier de santé du Québec

G-J	GMF	Groupe de médecine de famille
	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
	IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
	JED	Jeunes en difficulté
	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
L-M	MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
	MRC	Municipalité régionale de comté
	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
O-P	ORSC	Organisation régionale de sécurité civile
	PAL	Plan d'action local de santé publique
	PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
	PAR	Plan d'action régional de santé publique
	PDG	Président-directeur général
	PI	Plan d'intervention
	PLAIDD-BF	Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas-du-Fleuve
	PQDCCR	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal
	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
	PSI	Plan de services individualisé
	PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
R	RI	Ressource intermédiaire
	RTF	Ressource de type familial
	RLS	Réseau local de services
	RPA	Résidence privée pour aînés
	RSIPA	Réseau de services intégrés personnes âgées
	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
S-T	SAD	Soutien à domicile
	SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
	SERG	Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique
	SIGCH	Système d'information pour la gestion de la coordination à l'hébergement
	SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
	SRISIS	Service régional Info-Santé et Info-Social
	SRPPST	Service régional en promotion et prévention de la santé des travailleurs
	TCABSL	Table de concertation des personnes aînées du Bas-Saint-Laurent
	TED	Trouble envahissant du développement
	TGC	Troubles graves du comportement
	TSA	Troubles du spectre de l'autisme
U	UMF	Unité de médecine familiale
	UQAR	Université du Québec à Rimouski
	UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

Message de la présidente-directrice générale

FIERTÉ ET RECONNAISSANCE À UN RÉSEAU

Plusieurs sentiments m'habitent en vous présentant ce dernier rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, mais plus particulièrement la fierté et la reconnaissance. Il va sans dire que nous avons connu une année de profonds changements, en raison de l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Dès l'automne, nous avons mesuré l'ampleur du virage qui s'annonçait et nous avons fait en sorte de remplir avec dignité et professionnalisme la mission de notre organisation, appelée à disparaître le 31 mars 2015 pour faire place à une nouvelle structure appelée Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Les douze derniers mois ont été le théâtre de belles réalisations d'équipe, à commencer par les efforts consentis envers l'équilibre budgétaire. Notre région a continué d'occuper une position avantageuse en ce qui concerne les finances du réseau de la santé et des services sociaux et nous devons, une fois de plus, rendre hommage à nos établissements pour les grands efforts d'optimisation déployés à cet égard.

Suivi rigoureux des cibles

Bien que le réseau de la santé et des services sociaux soit confronté à des défis et éléments de pression importants, la prestation de service du personnel de l'Agence et du réseau bas-laurentien a grandement contribué à l'obtention de gains importants, tant en matière de santé et de bien-être que d'accessibilité, de continuité et de qualité des services. En voici un aperçu.

Au chapitre des principaux faits marquants de l'année 2014-2015, soulignons que 76 % des cibles prévues dans le cadre du suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité ont été atteintes ou presque atteintes. Pour les cibles qui n'ont pas été atteintes, nous constatons tout de même des progrès par rapport à la dernière année, comme ce fut le cas, notamment, pour les personnes rejointes par les services de réadaptation en dépendance ainsi que pour le nombre d'heures de services de soutien à domicile longue durée.

Au nombre des meilleurs résultats, notons une amélioration du niveau d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA), une diminution constante des délais d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, une amélioration de la performance quant aux délais d'attente en chirurgie et une diminution de l'attente dans les urgences de la région. Nous devons également souligner l'augmentation constante de la population inscrite auprès d'un médecin de famille et une diminution du ratio d'heures en assurance salaire dans les établissements de la région. Ces résultats nous encouragent à poursuivre avec rigueur les efforts déployés, tout en continuant de porter une attention particulière aux situations à améliorer.

Des actions concertées pour le mieux-être de notre population

Afin de bien informer la population bas-laurentienne, les professionnels de la santé et les décideurs sur l'importance de prévenir les maladies chroniques, un rapport du directeur de santé publique a été publié en mai 2014. Sous le titre *Naître, grandir et vieillir en santé*, ce rapport sur la prévention des maladies chroniques présente un portrait régional de la situation concernant les principales maladies chroniques et certains déterminants de la santé, ainsi que les liens très étroits qui existent entre les deux. Ce rapport s'avère un excellent outil pour améliorer la connaissance de l'état de santé de la population de la région ainsi que les façons de mieux intervenir collectivement pour promouvoir la santé et prévenir les maladies.

La campagne régionale de prévention des infections et de promotion de la vaccination a été déployée, encore une fois cette année, grâce aux efforts concertés des établissements de santé et de l'Agence. Bien que nous ayons observé une légère augmentation de la vaccination chez les résidents en CHSLD et chez les travailleurs de la santé, la sensibilisation de la population, des personnes particulièrement vulnérables et du personnel soignant doit se poursuivre. En parallèle à cette campagne, notons que le Bas-Saint-Laurent a été la première région du Québec à déployer le Registre de vaccination du Québec, un fichier informatisé québécois dans lequel seront éventuellement inscrites toutes les vaccinations reçues par une personne au Québec ou par un résident du Québec à l'extérieur de la province.

Parmi les autres belles réalisations, notons la désignation, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en février 2014, de l'Hôpital régional de Rimouski à titre de centre affilié pour le traitement du cancer du poumon. Ce processus de reconnaissance a permis de favoriser une meilleure prise en charge des patients et contribuera à améliorer la qualité des services en misant, notamment, sur le développement des compétences. Voilà une belle mise à profit de l'expertise du CSSS de Rimouski-Neigette à l'échelle régionale et provinciale.

Le client au cœur de l'informatisation du réseau

En matière d'informatisation, l'année 2014-2015 aura notamment été marquée, partout au Québec, par l'engagement des régions à procéder au regroupement hiérarchique de l'ensemble des équipes œuvrant en ressources informationnelles de leur région. Cet effort de réorganisation des activités fait suite à une directive ministérielle visant à accroître la standardisation des processus et l'efficience dans ce secteur d'activité, et ce, en conformité avec la mise en place du cadre de gestion du Plan de gestion en ressources informationnelles qui découle de l'adoption de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement, à laquelle toutes les instances gouvernementales sont maintenant assujetties.

Parmi les grands projets, l'Agence a poursuivi la mise en place du Dossier Santé Québec (DSQ) et accompagné les pharmacies communautaires dans le déploiement du visualiseur DSQ. Le déploiement régional de la dictée numérique s'est également amorcé en cours d'année. Notons aussi que l'Agence a accompagné les cabinets de médecins dans leur démarche de renouvellement ou d'implantation de leur Dossier médical électronique (DME) et a également procédé au dépôt, au MSSS, du Dossier d'affaires initial de notre projet DCI, qui nous mènera vers un appel d'offres.

Année des grands rendez-vous

Forte de l'expérience de concertation COSMOSS visant les jeunes et qui ne cesse de porter fruit, l'Agence et de nombreux partenaires locaux et régionaux ont poursuivi leur mobilisation et leur concertation grâce à l'approche du vieillissement en santé. Cette année a donc eu lieu la première rencontre de la Table régionale des partenaires intersectoriels pour un vieillissement en santé, qui se voulait une suite logique aux préoccupations régionales liées aux enjeux du vieillissement de la population.

Les quelque vingt organisations en provenance notamment du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu municipal, de la TCABSL, des centres d'action bénévole, d'entreprises d'économie sociale, de l'Université du Québec à Rimouski, de l'Office des personnes handicapées du Québec et de l'Unité régionale de loisir et de sport du Bas-Saint-Laurent, poursuivront leur collaboration pour mettre sur pied des projets destinés aux aînés et s'assurer de la cohérence des orientations, de l'ancrage des partenaires et de leur contribution à la réflexion.

Survenue en janvier 2014, la tragédie de L'Isle-Verte a largement interpellé le réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, tant sur les plans de l'intervention que du rétablissement. Dans ce contexte, l'Agence a senti le besoin de tenir une activité de sécurité civile, soit une journée thématique qui a réuni plus d'une centaine d'intervenants et de gestionnaires du réseau de la santé, de la CAUREQ et de l'ORSC au cours de l'automne dernier. Cette activité a permis à tous les participants de faire le point sur les interventions à mettre en place pour soutenir le rétablissement d'une collectivité touchée par un sinistre ou un éventuel événement majeur.

Un appui indéfectible

Nous tenons à remercier les membres du conseil d'administration de l'Agence pour leur indéfectible engagement et leur ardeur à soutenir les vivées de l'Agence. Je souligne également l'esprit de collaboration de tous nos partenaires avec qui nous cheminons dans l'offre de service à l'échelle de notre territoire. Enfin, nos derniers remerciements vont à l'ensemble du personnel de l'Agence, qui a été un maillon essentiel de la réussite de notre organisation, au fil des ans. Grâce à leur efficace contribution et à leur grand professionnalisme, notre organisation a pu veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins.

C'est donc dans un esprit de collaboration et d'engagement que je convie l'ensemble des acteurs et partenaires de notre grand réseau de la santé et des services sociaux bas-laurentien à relever tous ensemble, avec lucidité et courage, les grands défis de l'actuelle réorganisation. Si nous continuons, comme administrateurs, professionnels de la santé et employés, à placer les besoins de notre population au cœur de nos préoccupations et de nos actions, nul doute que nous réussirons cette grande et essentielle transformation.

Isabelle Malo
Présidente-directrice générale

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'atteinte de [illegible].

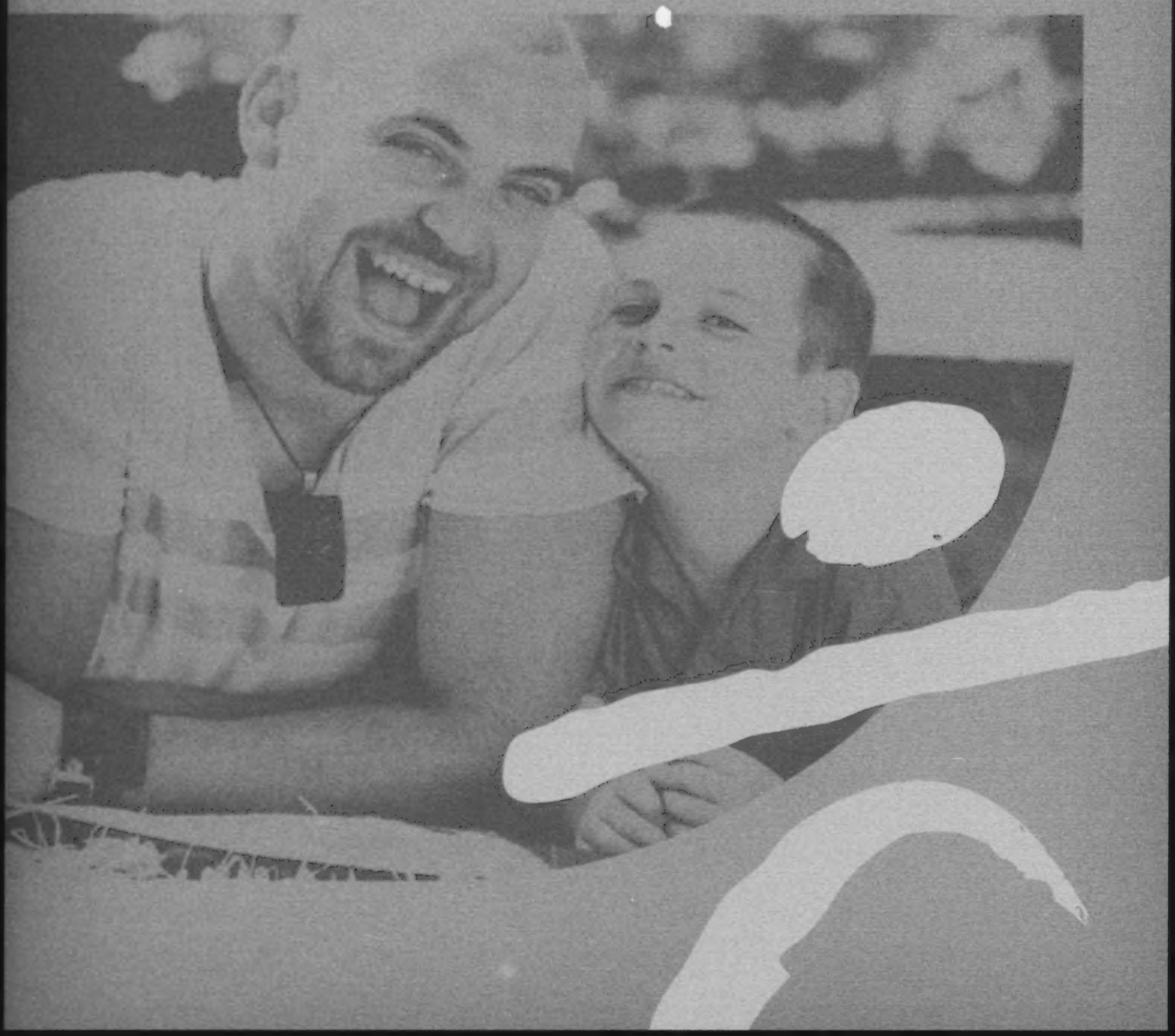
À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2014-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux du [illegible] Saint-Laurent ainsi que les contrôles y afférent sont fiables, et cette information correspond à la situation telle [illegible] au 31 mars 2015.

La présidente-directrice générale

Isabel [illegible]

Présentation de la région et de son réseau de santé et de services sociaux

CHAPITRE 01



1.1 Occupation du territoire

Plusieurs municipalités de la région du Bas-Saint-Laurent longent la rive sud du fleuve Saint-Laurent sur quelque 320 kilomètres de côte, entre La Pocatière et Les Méchins. D'autres villes, villages et paroisses du territoire sont localisés sur les terres du Haut-Pays et sur celles des vallées du Témiscouata et de La Matapédia, bordées au sud par les frontières du Nouveau-Brunswick et du Maine (États-Unis).

En 2015, la région compte 200 924 habitants au total[1] (100 46 femmes et 100 279 hommes) répartis dans 8 MRC (municipalité régionale de comté), correspondant aux 8 réseaux locaux de santé (RLS) existants. Cette population distribuée sur un territoire de 22 185 km² (densité de 9,1 habitants/km²) comprend 114 municipalités ainsi que 14 territoires non organisés et 2 réserves indiennes. Les MRC de Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques composent le secteur ouest de la région (aussi appelé KRTB). Le secteur est regroupe les MRC de Rimouski-Neigette, La Mitis, La Matapédia et La Matanie.

Tandis qu'environ la moitié de la population de la région habite dans les principaux centres urbains, avec en tête de liste les villes de Rimouski, Rivière-du-Loup et Matane, la ruralité constitue le mode d'occupation de l'espace de l'autre moitié de ses résidants. Les MRC du Bas-Saint-Laurent sont composées d'une population qui varie d'environ 9 000 à près de 57 000 habitants.

De 2008 à 2014, selon les dernières estimations de population de l'Institut de la statistique du Québec, on peut observer des variations démographiques à l'échelle des territoires municipaux; des 114 villes et villages que compte la région, 80 ont vu leur population diminuer (5 795 personnes au total) et 25 ont enregistré des hausses (4 860 personnes au total).

Les municipalités dont les effectifs ont diminué sont généralement de petites tailles, quoique certaines villes, présentant un poids démographique important, figurent dans cette liste : Matane (- 420), La Pocatière (- 355) et Pohénégamook (- 225). À l'inverse, Rimouski (+ 2 565), Rivière-du-Loup (+ 595) et Saint-Anaclet-de-Lessard (+ 535) font partie des municipalités qui ont vu leur population s'accroître pour la période de 2008 à 2014.

Au global, la population de la région a diminué de 0,07 % de 2008 à 2014, ce qui est toutefois un peu mieux que la précédente période (- 0,9 % de 2002 à 2008). Les perspectives de l'Institut de la statistique du Québec sont encourageantes et laissent entrevoir que la population demeurerait stable au cours des prochaines années, voire décennies (années 2030).

[1] Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061, édition 2014.*

1.2 Conditions démographiques et socioéconomiques

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Parmi les éléments qui caractérisent la population de la région du Bas-Saint-Laurent, on peut certes affirmer que le vieillissement de la population est ce qui conditionne le plus l'organisation de ses services. En 2015, quelque 45 000 personnes ont 65 ans et plus, ce qui représente 23 % de la population totale de la région, soit 5 points de pourcentage au-dessus de la proportion enregistrée dans l'ensemble du Québec. Un peu plus d'une décennie plus tôt, en 2001, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituaient que 15 % du total de la population bas-laurentienne. Le fait que les premiers « baby-boomers » ont franchi les 65 ans au cours de l'année 2010 entraînera un accroissement de ce vieillissement. On estime qu'en 2020, le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans sera supérieur d'environ 57 % à ce qu'il était en 2010.

ACCROISSEMENT NATUREL

Depuis 2006, l'accroissement naturel est généralement stable au Bas-Saint-Laurent. Malgré le regain de natalité dans la région depuis 2005, comme cela est également le cas dans l'ensemble du Québec, il est tout de même estimé qu'à long terme, la croissance naturelle diminuera, c'est-à-dire que le nombre de naissances sera de plus en plus déficitaire par rapport au nombre de décès. C'est d'ailleurs ce que l'on constate pour 2013, où le nombre de décès est supérieur au nombre de naissances dans la région.

MOUVEMENTS MIGRATOIRES INTERRÉGIONAUX

Un autre facteur agissant sur la croissance démographique de la région est la migration interrégionale. De 2009-2010 à 2013-2014, le solde des échanges migratoires (entrants moins sortants) du Bas-Saint-Laurent avec les autres régions est déficitaire (120 personnes en moyenne par année quittent la région). Ce solde négatif tend à augmenter en 2012-2013 (- 136) et en 2013-2014 (-233 personnes).

Depuis plusieurs années, le solde migratoire négatif est dû en majeure partie à un nombre plus élevé de jeunes de 15 à 29 ans qui quittent la région comparativement à ceux qui s'y installent (-481). Pour 2013-2014, s'ajoutent au solde négatif les personnes de 80 ans et plus (-37), tandis que les gens de 50 à 69 ans sont plus nombreux à venir s'installer dans notre région (+247).

CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES

En 2014, le taux d'emploi demeure moins élevé au Bas-Saint-Laurent que pour l'ensemble du Québec (50 % contre 60 %[2]).

En 2014, la proportion de personnes de 18 ans et plus recevant de l'aide sociale se situe à 5,4 % au Bas-Saint-Laurent. Au Québec, la situation est très similaire avec 5,2 %.

Bien que la population bas-laurentienne soit, en 2011, encore l'une des moins scolarisées du Québec, et ce, avec 19 % de sa population de 25 à 64 ans qui n'a jamais obtenu de certificat ou diplôme d'études (15 % au Québec), tout porte à croire que cette situation s'améliorera.

[2] Institut de la statistique du Québec, Tableau *Caractéristiques du marché du travail, population de 15 ans et plus, Bas-Saint-Laurent et ensemble du Québec, 2010-2014.*

1.3 Portrait de santé des Bas-Laurentiens

Bien que de manière générale, le bilan global de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent soit comparable à celui de l'ensemble des Québécois, certaines différences significatives sont néanmoins observées.

DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

De façon générale, le Bas-Saint-Laurent se classe positivement parmi l'ensemble des régions du Québec quant aux principaux facteurs ayant un impact sur l'état de santé d'une population. Selon les indicateurs disponibles, une bonne partie de la population de la région adopterait des habitudes de vie et des comportements favorables à sa santé. On observe aussi que les conditions sociales qui caractérisent la population du Bas-Saint-Laurent seraient meilleures sur plusieurs aspects que celles qui prévalent dans l'ensemble du Québec.

HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS

Concernant le tabagisme, la région présente, sur son territoire, une proportion de fumeurs semblable à celle du Québec. D'ailleurs, cette proportion est stable depuis une quinzaine d'années.

Pour ce qui est de la consommation de fruits et de légumes (au moins 5 fois par jour), les dernières données démontrent que la situation de la région s'est détériorée. En effet, la proportion qui était de 52 % pour 2009-2010 s'élève maintenant à 38 % (2011-2012). La région se démarque défavorablement, au plan statistique, par rapport au reste du Québec.

Par ailleurs, la population du Bas-Saint-Laurent tend à être plus active dans ses loisirs. Au début des années 2000, 26 % des adultes (18 ans et plus) de la région étaient très actifs, cette proportion a grimpé à 35 % en 2011 2012. Au niveau des adolescents, la proportion des personnes actives s'est plutôt maintenue à environ 36 % pour cette même période.

SANTÉ DES MÈRES ET DES TOUT-PETITS

La population de la région se distingue positivement pour l'indicateur du taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans, pour la période 2010-2012, avec un taux de 3,8 pour 1 000 adolescentes. Le Bas Saint-Laurent est la région qui présente le taux le plus faible de la province (taux du Québec : 10,0 pour 1 000 adolescentes).

Sur le territoire bas-laurentien, les naissances de faible poids (5,2 %) et les naissances prématurées[3] (6,8 %) sont en proportion similaires, voire légèrement plus faibles qu'au Québec (avec respectivement 5,7 % et 7,2 % pour la période 2009-2011).

PERSONNES VIVANT AVEC DES LIMITATIONS

Par ailleurs, en 2010-2011 (Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement), parmi les personnes âgées de 15 ans et plus de la région, 35 % ont déclaré être limitées dans certaines activités (à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres activités) à cause d'un état physique, un état mental ou un problème de santé de longue durée. Il s'agit d'une proportion équivalente à celle enregistrée au Québec (33 %).

ENVIRONNEMENT SOCIAL

Outre le fait que la région compte moins de familles monoparentales qu'ailleurs au Québec, on observe un peu plus de personnes qui vivent seules. De plus, le territoire compte sensiblement la même proportion de personnes veuves, séparées et divorcées que l'ensemble du Québec (15 % contre 14 %).

[3] Faible poids = moins de 2 500 grammes;
prématurées = moins de 37 semaines de gestation.

On observe depuis quelques années que le décrochage scolaire est moins fréquent dans la région, comparativement à l'ensemble du Québec. Parmi les élèves sortants du secondaire inscrits en formation générale des jeunes en 2011-2012, 13 % n'avaient ni diplôme ni qualification, alors qu'ils étaient 18 % au Québec.

Enfin, le taux de crime contre la personne est moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans la province et diminue tout de même pour les deux territoires depuis quelques années (taux respectifs de 796 et 950 par 100 000 habitants pour l'année 2013).

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

En 2011-2012, 73 % des Bas-Laurentiens de 12 ans et plus ont déclaré avoir une excellente ou très bonne santé mentale. Néanmoins, les troubles mentaux touchent environ 23 500 Bas-Laurentiens, soit 12 % de la population[4]. Il est à noter également que depuis quelques années, la population de la région, particulièrement les hommes, présentait des taux de décès par suicide élevés en comparaison avec d'autres régions sociosanitaires. Toutefois, pour la période 2009-2011, le taux de suicide du Bas-Saint-Laurent (14,6 pour 100 000 habitants) est semblable à celui du Québec (14,3 pour 100 000 habitants).

ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ

L'espérance de vie à la naissance est en augmentation constante. Au Bas-Saint-Laurent, elle était de 81,2 ans pour la période 2007-2011, tout comme au Québec. Au niveau des MRC, elle varie de deux années et demie entre la MRC la plus avantagée (Rivière-du-Loup avec 82,2 ans) et celle qui l'est le moins (La Mitis avec 79,7 ans).

Quant à l'autoévaluation de l'état de santé général, c'est-à-dire la façon dont les gens perçoivent leur propre santé, les données pour la région et le Québec sont identiques pour 2011-2012, soit 90 % de la population de 12 ans et plus qui évaluent positivement leur santé comme étant soit excellente, très bonne ou bonne.

Du fait que la population de la région est plus âgée que celle du Québec, elle est généralement plus affectée par des maladies chroniques. Les taux bruts de mortalité par cancer, de même que par maladies cardiovasculaires, respiratoires, digestives, entre autres, sont tous plus élevés dans la région qu'au Québec. Toutefois, si la population du Bas-Saint-Laurent présentait une structure d'âge similaire à celle du Québec, seules les maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire afficheraient un taux de mortalité supérieur pour la période 2009-2011.

Cependant, sur d'autres aspects la région se distingue négativement du Québec, et ce, sans que la structure selon l'âge de sa population soit mise en cause. Son taux élevé de mortalité due aux accidents de véhicules à moteur figure en tête de liste de ces aspects négatifs (9,9 comparé à 6,0 par 100 000 habitants au Québec, période 2009 2011). Même si la population du Bas Saint-Laurent ne regroupe que 2,4 % de la population du Québec, on y enregistre, selon les chiffres de 2009 à 2011, 4 % des décès par traumatisme non intentionnel (ex. : accident, chute, noyade, etc.).

SERVICES DE SANTÉ

À cet égard, un indicateur provenant de l'Enquête sur l'expérience de soins réalisée en 2010-2011, qui mesure la proportion de la population bas-laurentienne de 12 ans et plus ayant un médecin de famille, apparaît significativement plus élevé avec 89 % comparativement au Québec (79 %). Deux territoires de MRC se démarquent de façon significative pour cet indicateur, soit La Matapédia (95 %) et La Mitis (84 %).

[4] Lesage, A. & Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Institut national de santé publique du Québec, nº : 1578, 15 pages.

1.4 Les établissements de santé et de services sociaux et les réseaux locaux de services

DÉCOUPAGE TERRITORIAL

Le réseau de la santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent comprend huit réseaux locaux de services (RLS) regroupant dix établissements publics :

- Huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui tiennent lieu d'instances locales assumant ainsi la coordination de la mise en place des RLS;
- Deux établissements régionaux spécialisés, soit le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Bas-Saint-Laurent (CRDITED);
- La région compte également un Centre de réadaptation en déficience physique, sous la responsabilité du CSSS de La Mitis, et un Centre de réadaptation pour les personnes aux prises avec une dépendance, sous la responsabilité du CSSS de Rivière-du-Loup.

Il faut toutefois noter que plusieurs autres partenaires intersectoriels gouvernementaux ou non gouvernementaux (emploi, éducation, services de garde, justice, sécurité publique, municipalités, organismes communautaires, etc.) sont aussi engagés dans chacun de ces territoires. Le rapport annuel de chacun de ces établissements peut en témoigner de manière plus explicite.

Pour plus d'information sur les établissements de santé et de services sociaux ainsi que sur les réseaux locaux de services, veuillez vous référer aux fiches sociosanitaires, qui peuvent être consultées sur le site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent à l'adresse www.agencesssbsl.gouv.qc.ca.

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent

Établissements et partenaires en santé et services sociaux

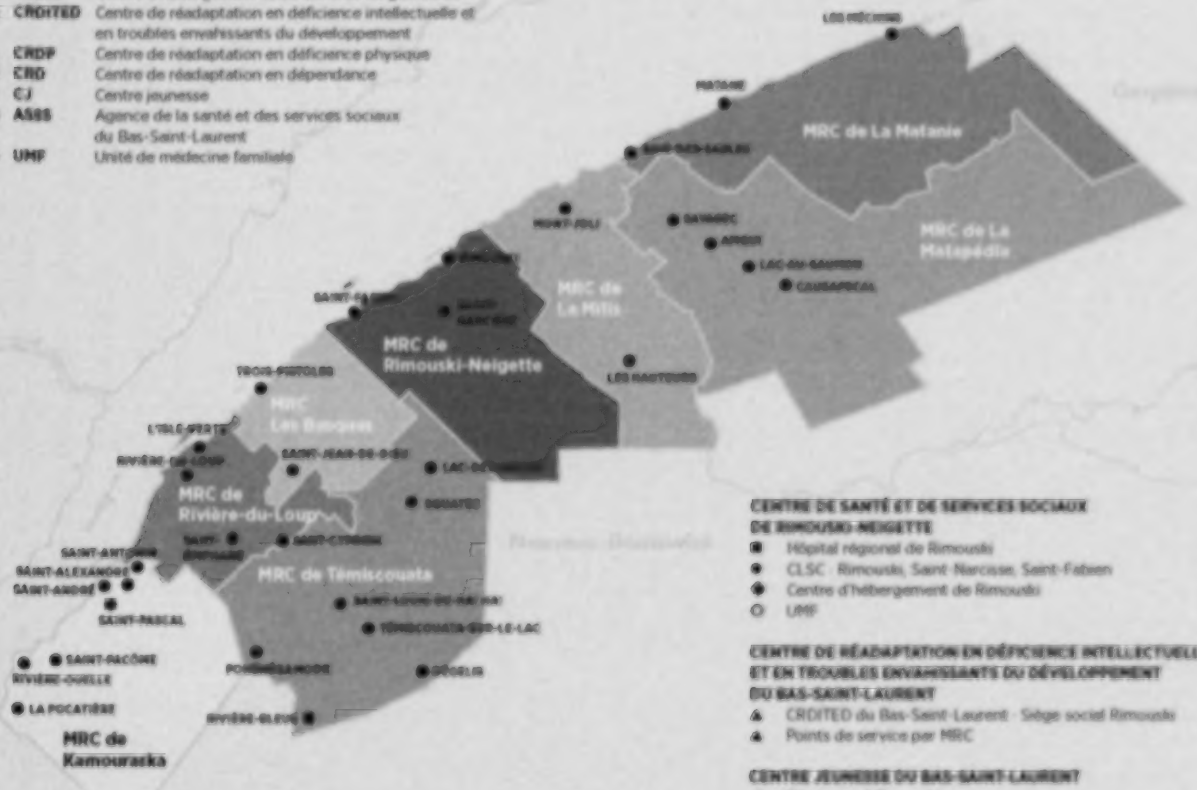
Territoire	Budget net de fonctionnement final (en million de dollars)	Personnel* (ETC)	Cliniques médicales**	GMF	Pharmacies	Organismes communautaires
Kamouraska	39,5	452	5	1	7	13
Rivière-du-Loup	92,6 (incluant le budget du CRD L'Estran)	1 113	6	2	12	19
Témiscouata	35,5	423	5	1	8	15
Les Basques	14,5	200	0	1	3	7
Rimouski-Neigette	168,1	1 918	12	2	18	41
La Mitis	43,2 (incluant le budget du CR L'InterAction)	644	2	1	6	9
La Matapédia	36,4	400	3	1	4	12
Matane	44,2	538	5	1	6	13
Établissements régionaux	CJ : 32,1 CRDITED : 30,7	CJ : 347 CRDITED : 314				
Sous-total établissements	**536,8**					
Autres catégories	Transport ambulanciers : 22,7 Organismes communautaires : 18,4 GMF : 3,3 Technocentre régional : 2,1 Autres : 2,6					
TOTAL	585,9	6 349	38	10	64	129

* Source : Rapport financier annuel des établissements (AS-471), année 2014-2015, page 735-00 (ressources humaines de l'établissement).
** Peut inclure des points de service de GMF s'il y a lieu.

RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

LEXIQUE ET LÉGENDE

- ■ **CHSGS** Centre hospitalier en soins généraux et spécialisés
- ● **CLSC** Centre local de services communautaires
- ◆ **CHSLD** Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- ▲ **CRDITED** Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
- △ **CRDP** Centre de réadaptation en déficience physique
- ◆ **CRD** Centre de réadaptation en dépendance
- ★ **CJ** Centre jeunesse
- ⊛ **ASSS** Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
- ○ **UMF** Unité de médecine familiale



CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA
- ■ Hôpital Notre-Dame-de-Fatima · La Pocatière
- ● CLSC · Saint-Pascal, La Pocatière
- ◆ Centre d'hébergement d'Anjou · Saint-Pacôme
- ◆ Centre d'hébergement Villa Maria · Saint-Alexandre

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP
- ■ Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- ● CLSC · Rivière-du-Loup, Saint-Épiphane, L'Isle-Verte
- ● Centre d'hébergement · Rivière-du-Loup, Saint-Antonin, Saint-Cyprien
- ◆ CRD L'Estran

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE TÉMISCOUATA
- ■◆ Hôpital de Notre-Dame-du-Lac
- ● CLSC · Pohénégamook, Témiscouata-sur-le-Lac, Dégelis, Lac-des-Aigles
- ◆ Centre d'hébergement de Squatec
- ◆ Centre d'hébergement de Saint-Louis-du-Ha! Ha!
- ◆ Centre d'hébergement de Rivière-Bleue

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES BASQUES
- ●● Urgence, CLSC, CHSLD
- ○ UMF Basques · KRTB

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIMOUSKI-NEIGETTE
- ■ Hôpital régional de Rimouski
- ● CLSC · Rimouski, Sant-Narcisse, Saint-Fabien
- ◆ Centre d'hébergement de Rimouski
- ○ UMF

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DU BAS-SAINT-LAURENT
- ▲ CRDITED du Bas-Saint-Laurent · Siège social Rimouski
- ▲ Points de service par MRC

CENTRE JEUNESSE DU BAS-SAINT-LAURENT
- ★ Siège social Rimouski
- ★ Unités de réadaptation · Rivière-du-Loup, Trois-Pistoles, Rimouski, Matane
- ★ Points de service par MRC

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT
- ⊛ Rimouski, Rivière-du-Loup

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MITIS
- ◆ CLSC · Mont-Joli, Les Hauteurs
- ● Maison des naissances Colette-Julien
- ◆ CHSLD
- △ CR L'InterAction · Rivière-du-Loup, Rimouski, Mont-Joli

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MATAPÉDIA
- ■ Hôpital d'Amqui
- ◆ Centre d'hébergement Marie-Anne-Ouellet · Lac-au-Saumon
- ● CLSC · Amqui, Causapscal, Sayabec

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MATANE
- ■ Hôpital de Matane
- ◆ Centre d'hébergement de Matane
- ● CLSC · Matane, Baie-des-Sables, Les Méchins

Présentation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

CHAPITRE
02

2.1 Mission, rôle et responsabilités

La mission première de l'Agence consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui les dispensent. À cet effet, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) définit l'environnement du réseau de la santé et des services sociaux où les instances locales de gouverne de services de santé et de services sociaux doivent s'inscrire au sein d'un réseau régional dont la coordination est assurée par une instance régionale qu'est l'Agence.

Dans ce sens, l'Agence assume son **rôle de coordination**, particulièrement en matière d'organisation de services intégrés, de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Pour ce faire, elle **doit exercer les responsabilités suivantes** (art. 340) :

- Assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services et assurer le respect de ses droits (comités des usagers, comités des résidents, conseils d'administration, information sur les services, droits, recours et obligations des usagers, mécanismes de mesures de satisfaction);
- S'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- Exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- Développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de la région et les adapter aux particularités de ceux-ci;
- Évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- Gérer le service régional de conservation des dossiers des usagers incluant la gestion des profils d'accès et des consentements;
- Approuver les paramètres des services de santé et des services sociaux fixés par les établissements;
- Exercer, dans certaines circonstances prévues par la loi, un pouvoir de surveillance, d'enquête ou d'inspection;
- Exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

L'Agence **doit aussi assumer des fonctions liées à six grands secteurs d'activités** :

- **La coordination des services** (art. 352 à 370) :
  - Assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement, et favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
  - Assurer la coordination des services de la région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes;
  - Promouvoir les activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population et assurer la collaboration intersectorielle requise;
  - Déterminer les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de la région et s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination sont fonctionnels.
- **La gestion des ressources** (art. 370 à 385) :
  - Développer les plans régionaux de planification de main-d'œuvre et le plan des effectifs médicaux de la région;
  - S'assurer du regroupement de l'approvisionnement en commun;
  - Assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.
- **L'affectation des ressources** (art. 350-351) :
  - Allouer les budgets destinés aux établissements;
  - Accorder les subventions aux organismes communautaires;
  - Assurer l'administration et le financement des dépenses d'immobilisations et d'équipements effectuées par les établissements publics de sa région à l'égard des travaux qu'elle autorise;
  - Contrôler les budgets alloués et les subventions octroyées.
- **La santé publique** (art. 371 à 375) :
  - Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
  - Organiser les services et allouer les ressources pour l'application du Plan d'action régional en santé publique.
- **L'organisation des services** (art. 346.1 à 348) :
  - Développer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi.

- Faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région;
- Développer un programme d'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise de la région;
- Soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population.
- Les priorités de santé et de bien-être (art. 340-340.0.1);
- Veiller au respect des orientations nationales et des priorités en matière de santé et de bien-être;
- Constituer et tenir à jour un registre des résidences pour personnes âgées et délivrer la certification à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées.

2.2 Plan d'organisation, effectifs et organigramme

Le Plan d'organisation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été adopté en mai 2010. L'organigramme s'y rattachant est effectif depuis le 8 décembre 2011.

Nous illustrons ici le tableau des effectifs de l'Agence ainsi que l'organigramme à jour adopté par le conseil d'administration.

LES EFFECTIFS DE L'AGENCE

En date du 31 mars 2015	Exercice en cours 2014-2015	Exercice précédent 2013-2014
Les cadres		
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	9,00	9,00
• Temps partiel Nombre de personnes - Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	0,97	0,97
• Nombre de cadres en sécurité d'emploi	0	0
Les employés réguliers		
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	43,59	43,59
• Temps partiel Nombre de personnes - Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1,95	1,95
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	15 220	16 702
• Équivalents temps complet [b]	8,39	10,79

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par 1 575 heures. Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 809 heures.

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Vous trouverez ci-dessous un tableau représentant les données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs du 1er janvier 2015 au 31 mars 2015.

	2014	2015	Variation
Agence du Bas-Saint-Laurent	**59 651**	**58 408**	**(2,0 %)**
1 - Personnel d'encadrement	5 775	6 927	20,0 %
2 - Personnel professionnel	24 029	24 995	4,0 %
3 - Personnel infirmier	1 770	1 364	(23,0 %)
4 - Personnel de bureau, techniciens et assimilés	24 062	23 125	(3,9 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	-	-	-
6 - Étudiants et stagiaires	395	-	-

2.3 Conseil d'administration

[illegible]

[illegible]

- [illegible]

ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

[illegible]

[illegible]

COMPOSITION

Membres

[illegible]

Membre de l'Agence

[illegible]

2.4 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

MANDAT

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits des personnes qui s'adressent à lui et du traitement diligent de leurs plaintes. Il intervient également de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Entre autres fonctions, il assure la promotion de l'indépendance de son rôle ainsi que la promotion du régime d'examen des plaintes auprès de la population. Il dresse, au besoin et au moins une fois l'an, un bilan de ses activités auquel il intègre l'ensemble des rapports en cette matière produits par les établissements de santé et de services sociaux de la région. Il exerce aussi un rôle de soutien au plan régional auprès des commissaires locaux des établissements.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

- Participation aux activités de la Table des commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services et aux rencontres de la Table ministérielle des commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services;
- Rencontres avec la Table des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de la région du Bas-Saint-Laurent et collaboration avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent (CAAP-BSL) ainsi qu'avec les organismes du milieu, dont le mandat vise à contrer la maltraitance envers les aînés;
- Présentation de rapports périodiques sur les activités du commissaire régional au Comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au conseil d'administration de l'Agence;
- Examen complété en 2014-2015 de 101 dossiers, soit :
  - 45 plaintes;
  - 33 interventions, dont 31 concernaient les résidences privées pour aînés;
  - 17 demandes d'assistance;
  - 6 demandes de consultation.

FORMATION ET PROMOTION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

- Participation à une formation avancée concernant l'utilisation du logiciel SIGPAQS;
- Participation à une conférence de presse dans le cadre de la Semaine de promotion du droit des usagers pour le KRTB;
- Tenue de six rencontres avec les résidents de résidences privées pour aînés pour présenter le régime d'examen des plaintes et traiter du sujet de la maltraitance envers les aînés.

2.5 Comité de vigilance et de la qualité

MANDAT

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services offerts et dans le respect des droits individuels et collectifs, le Comité de vigilance et de la qualité assure auprès du conseil d'administration le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées, conformément aux dispositions de la LSSSS ou de la Loi sur le Protecteur du citoyen.

Fonctions dévolues au Comité de vigilance et de la qualité :

- Recevoir et analyser les rapports et les recommandations transmis au conseil d'administration par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ou par le Protecteur du citoyen;
- Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations;
- Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations, dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers et aux autres utilisateurs de services;
- Assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il a faites;
- Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration jugera utile au respect de la responsabilité du comité en vertu de l'article 8 et des présentes fonctions;
- Veiller à ce que le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.

COMPOSITION (au 31 mars 2015)

Membres

M. Marc Doucet
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
Mme Suzanne Fournier
Membre du conseil d'administration
Mme Isabelle Malo
Présidente-directrice générale
Mme Cynthia Paradis
Membre du conseil d'administration
Mme Lise Pelletier
Membre du conseil d'administration

Personne-ressource

M. Martin Grenier
Directeur des ressources humaines, de la qualité et de la performance

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Au cours des douze derniers mois, les membres du comité se sont réunis à quatre reprises. Parmi les sujets abordés : rapports du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, bilan sommaire des visites en CHSLD, suivi de la Journée régionale « Approche milieu de vie en CHSLD », principaux enjeux des résidences privées pour aînés, présentation sommaire du rapport national des incidents et des accidents, présentation sommaire des rapports du groupe vigilance, suivi de l'enquête du coroner en regard de la tragédie de L'Isle-Verte et suivi de l'agrément des établissements.

2.6 Comité de vérification

MANDAT

Le Comité de vérification de l'Agence prend connaissance, entre autres, des résultats des états financiers audités et s'assure que des suites sont données aux recommandations, le cas échéant. Il fait également des recommandations au conseil d'administration concernant les états financiers et, s'il y a lieu, concernant les conventions comptables et tout autre rapport de vérification. Il est aussi à la disposition du vérificateur dans le cadre de son mandat.

COMPOSITION (au 31 mars 2015)

Membres

M. Martin Landry
Membre du CA de l'Agence
M. Émilien Nadeau
Coordonnateur, membre du CA de l'Agence
M. Jean-Paul Morin
Membre du CA de l'Agence

Personne-ressource déléguée par la PDG de l'Agence

Mme France Proulx
Directrice des ressources financières et matérielles

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Le Comité de vérification a fait la recommandation suivante au conseil d'administration :

- Adoption du budget et des états financiers audités du Programme de Santé au travail pour l'exercice 2015;
- Adoption des états financiers de l'Agence 2013-2014.

Le comité de vérification a aussi effectué le suivi de l'entente de gestion entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de façon plus spécifique :

- Prendre connaissance de l'entente de gestion intervenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence et de l'évolution des résultats en cours d'exercice;
- Assurer le suivi de l'entente auprès du conseil d'administration.

Il a de plus assuré un suivi du budget de fonctionnement de l'Agence et pris connaissance du budget du Programme de Santé au travail pour l'exercice financier 2015 (11 janvier 2015 au 9 janvier 2016).

SÉCURITÉ INFORMATIQUE

Les membres ont été informés des démarches effectuées au Technocentre concernant le volet sécurité informatique, plus précisément du bilan annuel ayant trait à la sécurité de l'information et du plan de traitement des risques, comme définie dans le cadre de gestion du MSSS, ainsi que de la mise en vigueur des politiques de sécurité de l'information et d'utilisation d'Internet.

2.7 Comité de gouvernance et d'éthique

MANDAT

Le Comité de gouvernance et d'éthique est un comité relevant du conseil d'administration de l'Agence, créé dans la foulée de récentes modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (projet de loi nº 127). Le Comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions :

- D'élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- D'élaborer un code d'éthique et de déontologie, conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30) applicable aux membres du conseil d'administration. Ce code doit, entre autres, prévoir les normes suivantes :
  - traiter des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
  - traiter de l'identification de situations de conflit d'intérêts,
  - prescrire la déclaration obligatoire des intérêts,
  - traiter de leurs devoirs et obligations, même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions,
  - prévoir des mécanismes d'application, dont la désignation des personnes responsables de l'application du code et la possibilité de sanctions;
- D'élaborer des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration, avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
- D'élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
- D'élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- D'évaluer le fonctionnement du conseil d'administration selon les critères élaborés par le comité et approuvés par le conseil d'administration;
- D'assumer toute autre fonction confiée par le conseil d'administration.

COMPOSITION (au 31 mars 2015)

Membres

Dr Joffre Allard
Membre du conseil d'administration
Dre Véronique Clapperton
Membre du conseil d'administration
Mme Suzanne Fournier
Membre du conseil d'administration
M. Jean-Paul Morin
Président du conseil d'administration
Mme Isabelle Malo
Présidente-directrice générale

Personne-ressource

M. Martin Grenier
Directeur des ressources humaines, de la qualité et de la performance

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Les membres de ce comité se sont réunis à deux reprises au cours de l'année. En référence aux différents volets de son mandat, le comité a réalisé les chantiers prioritaires suivants :

- Résultats suite à la mise en œuvre de la Politique sur l'évaluation du fonctionnement de la performance du conseil d'administration de l'Agence adopté le 30 avril 2014;
- Proposer aux membres du conseil d'administration un profil de compétences des membres indépendants;
- Échanges en regard des besoins de formation des membres du conseil d'administration;
- Échanges pour la tenue d'une activité sur l'éthique et la déontologie.

2.8 Comité intersectoriel des partenaires de l'Agence

MANDAT

Le Comité intersectoriel des partenaires de l'Agence est un comité créé par le conseil d'administration de l'Agence à la suite de la décision prise le 30 novembre 2011 de ne pas renouveler le mandat du Forum de la population. Il avait alors été décidé d'explorer, avec la Conférence régionale des éluEs (CRÉ), la mise sur pied d'une nouvelle structure de concertation régionale réunissant certains partenaires régionaux de l'Agence.

Des échanges ont donc eu lieu avec les représentants de la CRÉ, du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) ainsi que de la Table régionale de concertation des personnes aînées afin de mettre sur pied une nouvelle structure de concertation régionale.

Le mandat retenu pour ce comité consiste à mettre en place un lieu de concertation au niveau des instances régionales partenaires de l'Agence, pouvant permettre ou faciliter les arrimages intersectoriels portant sur les grands enjeux en santé et services sociaux actuels et à venir au Bas-Saint-Laurent. À cette fin, le comité concentre ses travaux sur les éléments suivants :

- Échanger, dans un esprit de réciprocité, sur les enjeux sociosanitaires prioritaires;
- Conseiller l'Agence sur les modalités de consultation de la population prévues à la LSSSS;
- Conseiller l'Agence sur les pistes d'amélioration de l'organisation des soins et services à la population sur la base de l'approche intersectorielle;
- Conseiller l'Agence sur le contenu d'ententes actuelles ou à venir touchant l'organisation des services de santé et de services sociaux et impliquant différents ministères ou partenaires régionaux;
- Fournir à l'Agence tout avis susceptible d'améliorer l'offre de service à la population;
- Proposer des chantiers de travail pouvant interpeller les responsabilités des partenaires membres du comité ou d'autres acteurs autour de préoccupations liées à la santé, au bien-être de la population, à l'organisation des services, etc.;
- À partir d'un partage de certains grands enjeux du réseau de la santé et des services sociaux dans la région, conseiller l'Agence sur les stratégies de mobilisation régionales ou territoriales à préconiser.

COMPOSITION (au 31 mars 2015)

Membres

M. Gérald Beaudry, CRÉ
M. Éric Forest, CRÉ
M. Michel Lagagé, CRÉ
M. Pierre Thibodeau, CRÉ
Mme Chantale Lavoie, CRÉ
M. Marcel Lebel, Table de concertation des aînés
M. Jean-Paul Morin, membre du CA de l'Agence
Mme Guylaine Sirois, CRÉ

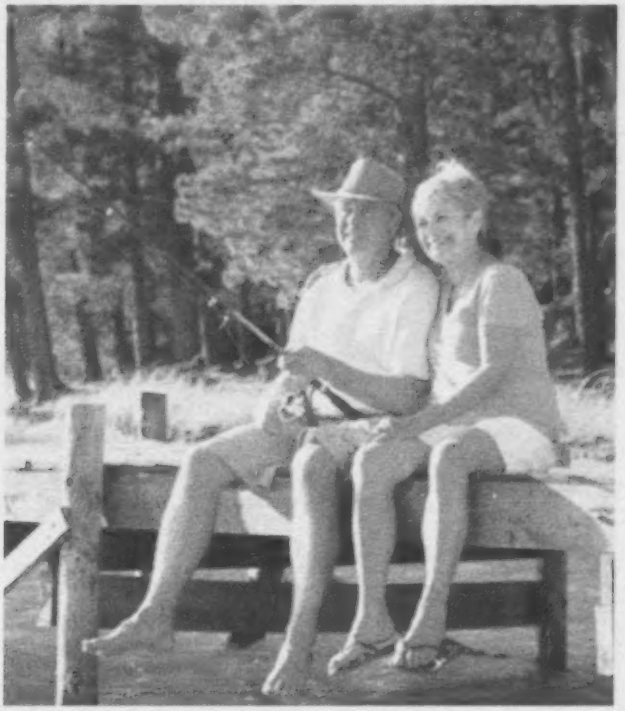
Membres de l'Agence

M. Martin Grenier
Directeur des ressources humaines, de la qualité et de la performance
Mme Isabelle Malo
Présidente-directrice générale

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Le comité s'est réuni à trois reprises au cours des douze derniers mois. Les sujets abordés par le comité couvraient les différents enjeux en santé et services sociaux dans la région. Le comité a pris connaissance des travaux et réflexions portant sur le projet de planification stratégique nationale et régionale du réseau de la santé et des services sociaux, des enjeux de la sécurité civile (mission santé), du cadre de gestion avec les organismes communautaires, du rapport du directeur de la santé publique portant sur les maladies chroniques, des enjeux de la certification des résidences privées pour aînés pour laquelle les municipalités assurent notamment un suivi par des exercices d'incendie, sur les travaux et représentations menés sur l'harmonisation des fonds dans les actions jeunesse, des enjeux en lien avec les projets de loi nos 10, 20 et 28, réflexion sur le type de structures de concertation régionale-locales à envisager dans le cadre de la mise en œuvre du projet de loi no 10. Le comité a mis de l'avant les pistes de travail suivantes :

- Promouvoir les réalisations respectives en santé et services sociaux et en intersectoriel;
- Prévoir une activité de sensibilisation des élus municipaux concernant le développement des collectivités et l'importance des travaux intersectoriels suite aux élections de novembre 2013;
- Intervenir en intersectorialité de manière large;
- Poursuivre les travaux sur le vieillissement en santé au plan régional et dans les milieux locaux;
- Poursuivre les efforts concertés des partenaires pour assurer la pérennité de la démarche COSMOSS et du travail de rue;
- Tenir des rencontres entre les dirigeants du réseau de l'éducation (commissions scolaires) et ceux de la santé et des services sociaux (centres de santé et de services sociaux), afin de préciser les enjeux et pistes d'interventions communes.



2.9 Département régional de médecine générale

MANDAT

En résumé de l'article 417.2 de la LSSSS, le Département régional de médecine générale (DRMG) du Bas-Saint-Laurent a pour mandat de faire des recommandations à la présidente-directrice générale (PDG) de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique, de formuler des propositions et de donner son avis sur la planification et la dispensation des services médicaux généraux.

COMPOSITION (au 31 mars 2015)

Membres élus

Dr Éric Lavoie (Les Basques)
Chef
Dre Véronique Clapperton (Rimouski)

Membres cooptés

Dr Guildo Côté (Témiscouata)
Dre Myriam Croteau (Rimouski)
Dr Jean-François Hérard (Rivière-du-Loup)
Dr Jean Hudon (Kamouraska)
Dre Maryse Lemieux (La Mitis)
Dr Éric Paradis (Rivière-du-Loup)
Dr Pierre-Luc Sylvain (La Matanie)
Dre Jacynthe Vallée (La Matapédia)
Adjointe au chef

Autre membre en provenance de l'Agence

Mme Isabelle Malo
Présidente-directrice générale, membre d'office

Personne-ressource

M. Michel Plante
Directeur des affaires médicales, universitaires, des services de santé et hospitaliers

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Au cours de la dernière année, les membres ont abordé les sujets suivants :

- Distribution des effectifs médicaux en omnipratique en tenant compte des besoins territoriaux;
- Désignation des territoires prioritaires pour les postes boursiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec 2015 : les centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Matane, de La Matapédia et des Basques;
- Répartition des primes d'installation 2014-2015 en priorisant les régions en pénurie : les CSSS de Matane, de La Matapédia et des Basques;
- Recommandation au comité paritaire pour le renouvellement de l'accès au mécanisme de dépannage pour les CSSS de Matane, de Témiscouata (site de Pohénégamook), de Rivière du-Loup et de La Matapédia;
- Recommandation au comité paritaire pour la désignation du CSSS de Matane à la lettre d'entente 132 ainsi qu'à la lettre d'entente 149;
- Recommandation pour le renouvellement de la convention entre l'Agence et le Groupe de médecine de famille de Matane, du Grand-Portage, Boisé Langevin et des Basques;
- Suivi de la mise en place des instances locales et des projets novateurs en première ligne;
- Organisation d'une activité régionale portant sur le rôle et la contribution des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL);
- Organisation d'une activité régionale portant sur les modalités entourant l'accueil de stagiaire IPSPL dans l'organisation des services de première ligne;
- Émission d'une proposition régionale d'équivalence en activité médicale particulière en ce qui concerne les soins auprès des usagers en maison de soins palliatifs;
- Suivi des travaux en informatique médicale :
  - choix d'un dossier médical électronique régional,
  - implantation du Dossier Santé Québec,
  - dossier clinique informatisé régional,
  - déploiement de MédiClinic régional;
- Tenue d'une assemblée générale le 25 avril 2014, précédée d'une activité de formation médicale continue;
- Adoption d'une politique qui balise la pratique minimale pour les médecins omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent.

2.10 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

MANDAT

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée a le mandat de faire des recommandations sur le plan régional des effectifs médicaux spécialisés et d'assurer son application, ainsi que de définir, de proposer et d'évaluer un plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés.

COMPOSITION (au 31 mars 2015)

Membres élus

Dr Joffre-Claude Allard
Président
Dre Sabrina Selmani

Membres cooptés

Dr Jean-François de la Sablonnière
Vice-président
Dr Claude Dufour
Dre Nathalie Gagné
Secrétaire
Dre Sylvie Harvey
Dre Diane Plourde
Dr Yohann St-Pierre
Dr Stéphane Thériault

Autre membre en provenance de l'Agence

Mme Isabelle Malo
Présidente-directrice générale, membre d'office

Personne-ressource

M. Michel Plante
Directeur des affaires médicales, universitaires, des services de santé et hospitaliers

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

- Recommandation portant sur une proposition du Plan quinquennal en médecine spécialisée 2016-2020;
- Suivi du Plan de travail régional 2014-2015 sur l'accès aux services spécialisés;
- Information concernant les travaux d'optimisation régionale des plateaux techniques en chirurgie;
- Recommandations portant sur le constat de décès à distance avec l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence par les infirmières du soutien à domicile;
- Recommandations portant sur le Plan d'action en cancérologie;
- Préparation et discussions entourant le Plan d'action préliminaire OPTILAB GRAPPE 01.

2.11 Comité régional sur les services pharmaceutiques

MANDAT

Le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) a le mandat de faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre. Il donne également des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments et sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

- Implantation de l'ordonnance collective régionale pour les pharmaciens communautaires pour le traitement des réactions allergiques sévères – anaphylaxie;
- Émission de recommandations face à l'ordonnance collective – Acide folique et multivitamines chez les femmes suivies dans le cadre des programmes OLO (oeuf-lait-orange) et SIPPE;
- Suivi du projet de systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) phase III;
- Recommandation afin de sensibiliser les médecins à la norme qui encadre la transmission des ordonnances par télécopie.

COMPOSITION (au 31 mars 2015)

Pharmaciens élus

M. James Hill (Rimouski), président
M. Pierre-Olivier Blanchette (Rimouski), secrétaire
Mme Marlène Collard (Kamouraska)

Pharmaciens cooptés

Mme Amélie Boudreau (Rivière-du-Loup)
Mme Marie-Ève Caron (Matane)
Mme Martine Lafrance (Rivière-du-Loup)
Mme Cynthia Paradis (La Mitis), vice-présidente

Autres membres en provenance de l'Agence

Mme Isabelle Malo
Présidente-directrice générale, membre d'office
Mme Marie-Josée Papillon
Pharmacienne désignée par la PDG

Personnes-ressources

Dre Diane Albert
Invitée, répondante pour les services pharmaceutiques
Dre Monique Léger
Médecin-conseil

2.12 Commission infirmière régionale

La Commission infirmière régionale (CIR) est une instance qui relève du conseil d'administration et a pour mandat de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins et services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.

Elle se prononce également sur les approches novatrices en santé et leurs incidences. Comme priorisé dans leur plan de travail, les membres se sont approprié les enjeux de la gouverne en soins infirmiers dans la région.

Un sondage réalisé auprès des directrices de soins infirmiers ainsi qu'une rencontre conjointe avec celles-ci a permis à la commission de produire et de déposer un avis au conseil d'administration sur les enjeux répertoriés.

COMPOSITION (au 31 mars 2015)

Membres

Mme Marjolaine Bellavance (Rimouski)
Mme Linda Dumont (La Matapédia)
Mme Liliane Dubé (Kamouraska), présidente
Mme Martha Fournier (La Matanie)
Mme Mélanie Fournier (La Mitis)
Mme Annie Francoeur (Rivière-du-Loup)
Mme Annie Lavoie (Centre jeunesse du BSL)
Mme Brigitte Lavoie (Rivière-du-Loup)
Mme Suzanne Lavoie (Cégep)
Mme Brigitte Legault (Kamouraska)
Mme Isabelle Ouellet (Agence et désignée par le PDG)
Mme Nicole Ouellet (UQAR)
Mme Annie Thibault (Les Basques)

2.13 Commission multidisciplinaire régionale

MANDAT

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a le mandat de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre. Elle donne également son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et sur les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population. Elle doit aussi exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration de l'Agence et lui faire rapport périodiquement.

COMPOSITION (au 31 mars 2015)

Membres

Mme Ève Bélanger
Représentante du domaine de la santé autre que les soins infirmiers – UQAR

Mme Marie-Anne Boutlard
Professionnelle du domaine technique – Centre jeunesse du Bsl.

Mme Nathalie Gagnon
Modératrice (personne désignée par la PDG) – Agence

M. Ugo Leblanc
Représentant du domaine social, de réadaptation ou de santé autre que les soins infirmiers – Cégep de Rimouski

Mme Claire Michaud
Professionnelle du domaine de réadaptation et du domaine de santé – CRDITED du Bsl.

Mme Nadine Rouleau
Présidente – professionnelle du domaine social – CSSS de Rivière-du-Loup

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

- Recension des programmes d'orientation du nouveau personnel développés et mis en place dans d'autres régions du Québec. Des liens avec la Direction des ressources humaines, de la qualité et de la performance de l'Agence traitant de l'intégration dans les établissements ont été faits pour un partage d'information et de préoccupations.
- Le suivi de l'évolution des modifications du Code des professions.
- L'accès à des bases de données sans frais de consultation est une stratégie efficace pour le développement et le maintien des compétences. Des démarches ont été réalisées pour mieux connaître ces accès.
- Approbation du modèle des pratiques collaboratives déployé par le RUIS-Laval dans le cadre de la formation à la suite d'une présentation à la Commission par le psychologue industriel de l'Agence. La Commission s'inscrit, dans ce contexte, à la promotion de cette vision comme une approche à préconiser au sein du réseau de la santé et des services sociaux bas-laurentien.
- En lien avec le déploiement du cadre conceptuel régional des plans d'intervention et des plans de services individualisés (PI-PSI), la Commission a donné son avis aux porteurs du dossier à l'Agence et a tenu un échange avec les conseils multidisciplinaires locaux concernant le déploiement de ce dernier auprès du personnel visé.
- Arrimages avec les conseils multidisciplinaires locaux. Pour ce faire, la Commission a créé des liens de correspondance avec les instances locales.

2.14 Comité régional d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise

MANDAT

Le comité est responsable envers la présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent de donner son avis sur :

- Le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise du Bas-Saint-Laurent, élaboré conformément à l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- Les modifications à apporter au programme à la suite de l'évaluation qu'il en fait;
- Conseiller l'Agence de façon continue, relativement à tout ce qui touche l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais dans le Bas-Saint-Laurent;
- Favoriser la concertation entre l'Agence, les établissements de santé, les organismes communautaires et les personnes d'expression anglaise.

COMPOSITION (au 31 mars 2015)

Membres

Mme Évelyn Aswath, représentante de la communauté anglophone de Métis-sur-Mer

Mme Kathy Dodsen, présidente du comité et représentante de l'organisme Héritage Lower St Lawrence du Bas-Saint-Laurent

Mme Chantal Landry, personne désignée par le PDG — Agence

Mme Mélanie Leblanc, directrice générale de l'organisme Héritage Lower St Lawrence du Bas-Saint-Laurent

Mme Gina Pierman, CSSS de Rimouski-Neigette

Mme Judith Raymond, CSSS de La Mitis

CENTRES DÉSIGNÉS

Aucun établissement du Bas-Saint-Laurent n'a été officiellement désigné par le législateur pour offrir des services en anglais. Toutefois, le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux de langue anglaise conçu par l'Agence, en collaboration avec le comité régional et les établissements concernés, a ciblé deux établissements « indiqués » pour desservir la population anglophone de la région du Bas-Saint-Laurent. Il s'agit du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette ainsi que du Centre de santé et de services sociaux de La Mitis.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

- Partenariat avec la communauté anglophone du Bas-Saint-Laurent dans le but de mieux comprendre ses besoins et de faciliter la transmission d'informations et de documents reliés à la santé;
- Soutien au Comité d'accès aux services de langue anglaise, rencontres plus fréquentes du comité d'accès et soutien accru au comité afin d'améliorer les relations entre la communauté d'expression anglaise du Bas-Saint-Laurent, le CSSS de La Mitis, le CSSS de Rimouski-Neigette ainsi que l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent;
- Exploration de nouvelles façons de faire pour répondre aux besoins de la population et mieux adapter les services.

CHAPITRE

03

Faits saillants de l'année

3.1 L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être

3.1.1 Les principaux déterminants de la santé et du bien-être

LES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Les services de santé ne peuvent, à eux seuls, améliorer l'état de santé d'une population. Des mesures de surveillance de l'état de santé, de promotion, de prévention et de protection doivent être mises en place dans chacune des communautés pour ainsi réduire les facteurs de risque, lutter contre les inégalités et intervenir en cas de menace à la santé d'une population. Ce sont les fonctions essentielles de santé publique qui s'actualisent au Bas-Saint-Laurent, sous le leadership de la Direction de santé publique, ainsi que par la contribution des CSSS de la région.

Le Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2010-2015, les plans d'action locaux (PAL) et des éléments de l'entente de gestion découlant du programme de santé publique guident nos travaux. Au cours de la dernière année, les actions auprès des enfants vulnérables et celles en matière de création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie ont fait l'objet de plusieurs travaux en concertation avec l'ensemble des partenaires des réseaux locaux de services. Le maintien de la couverture vaccinale et le respect du calendrier de vaccination demeurent également un enjeu pour lequel une vigie est exercée, tout comme la prévention des infections nosocomiales.

En soutien au déploiement du volet « Saines habitudes de vie », des agents de promotion et prévention en matière de saines habitudes de vie (PP-SHV) sont en poste dans les huit CSSS. Cette mesure fait actuellement l'objet d'une évaluation afin d'assurer le renforcement et la bonification des actions préventives individuelles et collectives déployées par les agents PP-SHV. Le développement du transport actif et sécuritaire ainsi que l'amélioration de l'offre alimentaire sont au cœur des priorités de plusieurs municipalités de la région afin de permettre le développement d'environnements favorables aux saines habitudes de vie.

Un rapport du directeur de santé publique portant sur la prévention des maladies chroniques a été publié en mai 2014. Sous le titre, *Naître, grandir et vieillir en santé*, ce rapport dresse un portrait des maladies chroniques dans la région, présente leurs principaux déterminants et facteurs de risque et identifie les principales stratégies individuelles, collectives et environnementales pour améliorer la santé de la population touchée par les maladies chroniques. Ce document réitère l'importance d'agir en promotion de la santé et en prévention des maladies chroniques, puisque le Bas-Saint-Laurent présente des taux d'incidence plus élevés que la moyenne québécoise en matière de maladies cardiovasculaires, respiratoires et de certains cancers, et ce, indépendamment de l'effet du vieillissement.

Au niveau de la santé environnementale, la Direction de santé publique a émis plusieurs avis et a contribué aux travaux d'évaluation des impacts sur la santé de la portion bas-laurentienne du projet Oléoduc Énergie Est.

LES STRATÉGIES PORTEUSES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ AU BAS-SAINT-LAURENT

L'action intersectorielle et le développement des communautés

La région du Bas-Saint-Laurent expérimente, depuis plus de 10 ans, une démarche de concertation et de mobilisation visant à améliorer la santé et le bien-être des jeunes, tout en favorisant la persévérance scolaire. Cette démarche nommée COSMOSS (**C**ommunauté **O**uverte et **S**olidaire pour un **M**onde **O**utillé, **S**colarisé et en **S**anté) repose sur un regroupement de partenaires volontaires issus de différents ministères et organisations de la région qui se sont engagés à faire les choses autrement afin d'arrimer et de bonifier les services offerts, et ainsi présenter une solution adéquate et durable.

COSMOSS agit principalement sur quatre grands enjeux interreliés :

- Favoriser une entrée scolaire réussie;
- Favoriser le développement de saines habitudes de vie;
- Encourager la persévérance scolaire et la réussite éducative;
- Favoriser une intégration sociale et professionnelle durable.

La mobilisation COSMOSS a permis de faire du Bas-Saint-Laurent la région présentant le plus bas taux de décrochage au secondaire dans toute la province.

Autour de cette initiative se greffent des structures de concertation spécifiques et différentes ententes de partenariat, dont celles touchant la solidarité et l'inclusion sociale, ainsi que celles visant un vieillissement actif et en santé.

LES BONS COUPS À SOULIGNER

Projet régional *À nos marmites : 1, 2, 3... Santé*

Le projet régional *À nos marmites : 1, 2, 3... Santé*, visant à faire de la saine alimentation un élément central du développement des enfants en centres de la petite enfance et en services de garde en milieu familial, a gagné deux prestigieux prix dans le domaine agroalimentaire au **Gala DUX.** Le Gala DUX vise à récompenser les efforts en matière de saine alimentation.

Près de la totalité des centres de la petite enfance (CPE) et plus de 200 responsables de service de garde en milieu familial de notre région se sont engagés à participer à ce stimulant projet visant à bonifier l'alimentation des enfants et la pratique lors des repas et des collations.

C'tu ça de l'abus?

Une campagne originale de sensibilisation pour contrer les différentes formes d'abus dans les relations chez les jeunes sous le thème *C'tu ça de l'abus?* a connu un grand rayonnement dans les médias régionaux et locaux.

Par le biais d'affiches et d'un site Internet, cette campagne rappelle différentes situations visant à permettre aux jeunes de s'interroger sur une situation ou un comportement qui dénote différentes formes d'abus et de contrôle. Parmi les thèmes abordés figurent le *sexting*, le contrôle par les médias électroniques, la violence dans les relations amoureuses et l'homophobie.

3.2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

3.2.1 L'accès aux services médicaux de première ligne

Le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique 2015, adopté le 12 novembre 2014 par les membres du conseil d'administration de l'Agence, présentait un rehaussement autorisé de 16 postes, lesquels ont été répartis entre les municipalités régionales de comté (MRC) sur la base de l'indice intrarégional d'équité qui reflète l'atteinte des besoins reconnus dans chaque territoire. Les postes ont été attribués comme suit :

Répartition de la croissance en omnipratique au Bas-Saint-Laurent

MRC	Rehaussement autorisé
Kamouraska	1
Rivière-du-Loup	2
Témiscouata	1
Les Basques	3
Rimouski-Neigette	2
La Mitis	1
La Matapédia	2
La Matanie	4
TOTAL	**16**

Au 30 novembre 2014, 259 omnipraticiens étaient installés au Bas-Saint-Laurent, soit 9 de plus que l'année précédente. Au total, 17 arrivées et 8 départs sont survenus en cours d'année. À la même date, le taux d'atteinte des besoins reconnus en omnipratique variait de 77 % à 90 %, pour un taux moyen de 86 % à l'échelle régionale. Seize arrivées et cinq départs ont été annoncés pour l'année 2015.

La situation de pénurie en effectifs médicaux perdurant dans la MRC de La Matapédia, le Département régional de médecine générale (DRMG) a intensifié son soutien et exploré diverses stratégies afin de pourvoir les postes prioritaires identifiés initialement. Le DRMG demeure particulièrement préoccupé par les difficultés de recrutement dans les territoires les plus en souffrance de la région.

Avec le souci de répondre aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux en lien avec la première ligne en santé physique, l'ensemble des territoires a implanté une instance locale de première ligne invitée à présenter des projets novateurs pour améliorer l'accès à la première ligne. Dix projets sont en cours ou en processus de déploiement. Le travail interprofessionnel, surtout avec les infirmières, a contribué de façon importante à améliorer l'accès.

GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

Les 10 groupes de médecine de famille (GMF) du Bas-Saint-Laurent comptent 118 802 inscriptions, dont 51 916 ayant une condition de santé vulnérable. Les GMF couvrent la majorité de la population du Bas-Saint-Laurent, sauf dans la MRC de Rimouski-Neigette où la couverture en GMF représente 33 % de la population, comparativement à 70 % pour l'ensemble des 7 autres MRC du Bas-Saint-Laurent, et ce, en raison de la présence de seulement 2 GMF à Rimouski.

Le mandat de soutenir le déploiement d'un dossier médical électronique régional donné à l'Agence en 2012 a progressé et un produit a été retenu. Plusieurs travaux préparatoires ont été menés pour livrer, au début de l'année 2015, un produit qui soit à la hauteur des attentes des cliniciens de première ligne. Le nombre d'utilisateurs attendu est d'environ 150 médecins, 50 professionnels de la santé et près de 200 autres utilisateurs (secrétaires, techniciens, administrateurs, etc.).

En cours d'année, quatre GMF ont renouvelé leur accréditation, soit les GMF de Matane, du Grand Portage, Boisé Langevin et des Basques.

GUICHET D'ACCÈS POUR LES CLIENTÈLES ORPHELINES

La région compte huit guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille, soit un par territoire de réseaux locaux de services. Au cours de l'année 2014-2015, plus de 9 500 patients du Bas-Saint-Laurent ont été référés et pris en charge par un médecin de famille de ces guichets. Notons que près de 80 % de la population bas-laurentienne est inscrite auprès d'un médecin de famille, soit 2 % de plus qu'à la même date l'an dernier. Enfin, on dénombre 7 900 patients orphelins inscrits à nos guichets et en attente de se voir désigner un médecin de famille.

INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

D'ici 2017, la région du Bas-Saint-Laurent comptera 14 postes d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL). Actuellement, six postes d'IPSPL sur dix sont occupés sur le territoire. En raison des difficultés de recrutement, deux activités régionales d'information ont été organisées par le DRMG afin de partager les enjeux, les difficultés et les stratégies qui facilitent le recrutement et l'intégration des IPSPL dans les équipes de première ligne.

Voici leur répartition au 31 mars 2015 :

- Deux au CSSS de Rivière-du-Loup;
- Deux au CSSS de Témiscouata (un poste vacant);
- Un au CSSS des Basques (vacant);
- Un au CSSS de Rimouski-Neigette (vacant);
- Un au CSSS de La Mitis (vacant);
- Deux au CSSS de La Matapédia;
- Un au CSSS de Matane.

Il s'avère un outil indispensable pour le personnel qui exerce au Service régional Info-Santé et Info-Social, afin qu'il puisse avoir accès à des informations à jour, et ainsi orienter la clientèle à la ressource de son milieu qui peut répondre à son besoin. Une mise à jour des ressources est assurée par un réseau de répondantes locales, basées dans chacun des CSSS. Celles-ci sont soutenues par une pilote régionale du SRISIS du CSSS de La Mitis, qui assure le soutien et la validité des données du répertoire pour l'ensemble de la région. En 2013-2014, la région a une moyenne de mise à jour de près de 99 %, ce qui est au-dessus de la cible du MSSS (95 %).

3.2.2 Le Service régional Info-Santé et Info-Social

LE SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ ET INFO-SOCIAL DU BAS-SAINT-LAURENT (SRISIS)

Portrait statistique 2014-2015

Description	Info-Santé	% Volet Santé	Info-Social	% Volet Social
Total de l'offre d'appels	70 688	-	3 982	-
Total des appels répondus	57 315	81 %	3 421	85,91 %
Pourcentage de perte d'appels	-	21,2 %	-	14 %
Délais moyens d'attente avant d'être répondu	2,59 minutes	-	0,75 minute	-
Durée moyenne des appels	14 minutes	-	29 minutes	-
Normes provinciales pour la durée des appels	15-16 minutes	-	25 minutes	-

Info-Social

Depuis le 10 novembre 2013, le volet social du Service régional Info-Santé et Info-Social du Bas-Saint-Laurent est offert 24/7 à la population du Bas-Saint-Laurent. Des travaux régionaux et locaux se sont poursuivis afin de promouvoir le service et d'assurer une réelle intégration et complémentarité du service Info-Social dans l'offre de services sociaux généraux des CSSS.

Fait important à noter, le service Info-Social assure également une réponse adaptée aux proches aidants d'aînés. Une entente de service entre le CSSS de La Mitis, l'Agence et Appui Bas-Saint-Laurent permet une intégration de ce volet dans la réponse téléphonique. Au cours de la dernière année, 103 proches aidants ont téléphoné à Info-Social pour recevoir du soutien téléphonique.

Répertoire de ressources en santé et services sociaux

Ce répertoire est un bottin informatisé composé de plus de 30 000 ressources de l'ensemble des régions du Québec. Il s'avère un outil indispensable pour le personnel qui travaille au Service régional Info-Santé et Info-Social, afin qu'il puisse avoir accès à de l'information à jour et ainsi orienter la clientèle à la ressource de son milieu qui peut répondre à son besoin. Une mise à jour des ressources est assurée par un réseau de répondantes locales, basées dans chacun des CSSS. Celles-ci sont soutenues par une pilote régionale du SRISIS du CSSS de La Mitis, qui assure le soutien et la validité des données du répertoire pour l'ensemble de la région. En 2014-2015, la région a une moyenne de mise à jour à près de 99 %, ce qui est au-dessus de la cible du MSSS (95 %).

3.2.3 Les services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer

MALADIES CHRONIQUES

L'Agence a poursuivi son accompagnement auprès des centres de santé et de services sociaux afin de maintenir l'accès et la qualité des services offerts en maladies chroniques. Les clientèles ayant accès aux services des professionnels des équipes en maladies chroniques demeurent les mêmes, soit celles atteintes de diabète, de maladies cardiovasculaires, de maladies pulmonaires obstructives chroniques, d'asthme et d'insuffisance cardiaque, ainsi que celle à risque (syndrome métabolique, intolérance au glucose, haut risque sur l'échelle de Framingham). Offrir les services de première ligne en maladies chroniques en groupe de médecine de famille (GMF) ou en clinique privée demeure toujours une priorité. L'étroite collaboration entre les GMF et les équipes en maladies chroniques revêt une importance capitale afin de poursuivre l'objectif d'offrir les services auprès de la clientèle. La grande majorité des professionnels travaillant en maladies chroniques ont reçu la formation sur l'entretien motivationnel et l'utilisation de ses techniques, tant pour les consultations individuelles que pour les cours de groupe.

Cette approche a comme objectif premier de favoriser l'autogestion de la clientèle avec maladies chroniques. En 2014, l'Agence a également organisé la 7e édition de la *Journée annuelle de formation en maladies chroniques*. Plus de 200 professionnels de la santé travaillant en maladies chroniques ont assisté à cette journée qui permet, tous les ans, de mettre à jour leurs connaissances.

CANCÉROLOGIE

Dans le cadre du plan directeur et du plan d'action du programme de cancérologie du MSSS « Ensemble en réseau, pour vaincre le cancer », l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, en collaboration avec l'Agence de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, participe activement à la gouverne interrégionale en cancérologie. Son mandat est d'animer le réseau interrégional en cancérologie, d'assurer la coordination et la concertation régionale, d'évaluer la performance clinique et administrative, de faciliter un accès rapide aux traitements et d'assurer l'atteinte des standards du réseau de cancérologie du Québec.

Le dépôt du Plan d'action interrégional en cancérologie 2014-2015 a permis de refléter parfaitement la volonté de continuer le travail amorcé et le développement de nos expertises dans la lutte contre le cancer. Ces actions permettront d'agir efficacement sur le plan des organisations, des structures et des bonnes pratiques pour ainsi mieux répondre aux besoins de la personne atteinte de cancer et de ses proches.

Des efforts se sont également poursuivis afin d'augmenter le taux de rétention de la clientèle en radio-oncologie et de rapatrier au Centre régional de cancérologie de l'Est-du-Québec une clientèle qui, auparavant, était traitée à l'extérieur de la région du Bas-Saint-Laurent. Un corridor avec le Centre hospitalier universitaire de Québec a été convenu afin de faciliter le retour de cette clientèle dans sa région d'origine et des actions ont été réalisées visant la sensibilisation des médecins référents à cette problématique.

3.2.4 Les services aux jeunes en difficulté

Faits saillants

- **Gouvernance Jeunesse :**
  - Une nouvelle forme de gouvernance régionale a été créée avec le mandat de faire le suivi de tous les dossiers jeunesse. Chapeautée par la Direction des programmes clientèles et des services à la communauté et appuyée par les directeurs des établissements, cette nouvelle gouvernance a aussi donné naissance au comité de coordination régional intégré EnTrain/AIDES.

- **Programme d'intervention en négligence :**
  - Fin du déploiement et consolidation du Programme d'intervention en négligence l'EnTrain dans les huit territoires de CSSS;
  - Poursuite de la mise en œuvre du volet parent-soutien sur le territoire du CSSS de La Matapédia;
  - Diffusion du projet *Jouer avec EnTrain* du Témiscouata aux sept autres territoires afin d'améliorer les actions auprès des enfants : confection et distribution de sacs de stimulation du développement des enfants de 0-12 ans;
  - Évaluation maison de l'EnTrain dans La Matapédia et au Kamouraska;
  - Intégration de la démarche AIDES au programme EnTrain afin de répondre aux besoins des enfants en prenant en compte la perspective de leurs parents.

- **Mesures de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 :**
  - Fin de la mesure relative à l'implantation du programme en négligence (fin du financement non récurrent);
  - Poursuite du Programme de qualification des jeunes permettant l'accompagnement de 44 jeunes;
  - Maintien de l'équipe de 2e niveau multidisciplinaire en santé mentale et en prévention du suicide au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent;
  - Maintien du Programme d'intervention spécifique en toxicomanie offert aux jeunes en Centre jeunesse.

- **Initiative AIDES (action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité) :**
  - Poursuite de la participation du CSSS de La Matapédia, du CSSS des Basques et du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent à la recherche sur le partenariat avec l'équipe de recherche universitaire;
  - Adhésion de tous les CSSS du Bas-Saint-Laurent à la démarche portant sur l'action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (Initiative AIDES);
  - Formation des multiplicatrices de l'Initiatives AIDES, appropriation et déploiement de l'approche dans tous les territoires du Bas-Saint-Laurent.

- **Offre de formation du Programme-service Jeunes en difficulté :**
  - Transfert des activités de formation de l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) au Carrefour de formation du Réseau universitaire intégré jeunesse (RUIJ);
  - Le MSSS transfert la responsabilité d'organiser les formations régionales CHARLIE et PEC aux agences;
  - Formation régionale CHARLIE-3 offerte en janvier 2015;

- Rédaction des demandes de financement pour les formations du Programme-service Jeunes en difficulté au MSSS dans le cadre du transfert des responsabilités de formation vers les agences (formation en lien avec l'entente multisectorielle).

- **Entente multisectorielle :**
  - Poursuite des travaux d'amélioration de la collaboration entre le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, la Sûreté du Québec et les procureurs aux poursuites criminelles et pénales lors du déclenchement de l'entente multisectorielle dans les cas d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'absence de soins, portant atteinte à la sécurité et à la santé des enfants;
  - Rédaction d'un guide de la procédure encadrant le déclenchement de l'entente pour le Bas-Saint-Laurent et mise à jour du répertoire des personnes désignées;
  - Formation sur l'application de l'entente multisectorielle offerte aux procureurs, policiers, évaluateurs et chefs de service du CJ du BSL;
  - Création d'un mécanisme d'analyse des références du Centre jeunesse aux cliniques pédiatriques de protection de l'enfance (CPPE) afin de promouvoir une meilleure utilisation de cette ressource unique au Bas-Saint-Laurent;
  - Préparation de la formation à offrir aux partenaires.

- **Entente de complémentarité des services entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux :**
  - Diffusion du manuel de référence régional sur les plans de service individualisés et intersectoriels;
  - Activité partage sur la démarche de consolidation de la mise en œuvre de la démarche PSI intersectoriel offerte par le comité local Kamouraska–Rivière-du-Loup aux autres territoires;
  - Élaboration d'un plan d'action régional et d'un état de situation des actions locales en attendant les nouvelles modalités.

- **Projet d'intégration des équipes du CSSS des Basques et du point de service du Centre jeunesse :**
  - L'équipe intégrée est devenue active le 1er avril 2014 dans le but de produire une première ligne forte capable de répondre aux besoins des enfants et des jeunes de la communauté en offrant des services de proximité;
  - Le comité de pilotage assure un suivi du projet d'organisation du travail pour contrer, notamment, la réduction de la main-d'œuvre indépendante;
  - Toutes les étapes ont été réalisées et l'équipe PassaJe des Basques fonctionne bien. Le projet a été présenté à la Direction des jeunes et des familles du MSSS en janvier 2015 et il s'avère un modèle d'intégration de services pour d'autres territoires et régions.

- **Langage 0-5 ans :**
  - À la suite des travaux du chantier langage pour les enfants 0-5 ans présentant des retards et des troubles de langage, la formule de travail en tandem éducateur spécialisé/orthophoniste a été retenue et entérinée par le Forum régional de coordination des directeurs généraux des établissements. Cette formule permet de réduire le temps d'attente, de résoudre le problème de pénurie d'orthophonistes en région et d'actualiser les principes de la hiérarchisation des services et du projet de loi nº 90, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé;
  - Dans certains territoires, des écarts de perception perdurent entre les orthophonistes et les décideurs, le modèle de travail en tandem prend plus de temps à s'installer. Le territoire de Kamouraska a su démontrer l'efficacité du modèle de travail suggéré par ses statistiques, en voyant tripler sa clientèle.

- **Analyse régionale des données Jeunes en difficulté (JED) et codification I-CLSC :**
  - Analyse régionale portant sur la variation du nombre de demandes de service aux jeunes en difficulté et la variation des signalements en protection de la jeunesse du Bas-Saint-Laurent, de 2009 à 2013;
  - L'analyse régionale a permis de constater des écarts importants dans la codification dans le I-CLSC entre les territoires du Bas-Saint-Laurent. Afin d'améliorer et simplifier la saisie des données JED, des travaux ont débuté à l'automne 2014 avec la pilote régionale I-CLSC;
  - Les travaux se poursuivent avec les autres programmes-services. Au final, un guide de saisie incluant tous les programmes-services sera produit.

- **Travaux sur le continuum de services intégrés pour les jeunes de moins de 20 ans présentant un trouble de comportement ou un trouble grave de comportement :**
  - Ces travaux font suite à ceux complétés régionalement en ce qui a trait aux troubles graves de comportement pour les adultes et les aînés. Une attention particulière a été portée aux interventions faites en amont afin d'éviter le recours à l'hébergement;
  - Le continuum de services intégrés pour les jeunes présentant un trouble de comportement ou un trouble grave de comportement a été analysé et redéfini en fonction de l'intensité du service requis auprès du jeune et de sa famille. Les définitions du trouble de comportement ont été clarifiées en fonction de l'intensité de ceux-ci;
  - Deux trajectoires ont été définies : l'une pour les troubles de comportement et l'autre pour les troubles graves de comportement nécessitant les services spécialisés et surspécialisés.

Perspectives

- Consolider et bonifier les activités du Programme en négligence l'EnTrain dans tous les territoires en se centrant sur les besoins des enfants.
- Envisager une évaluation continue sur les effets du programme, particulièrement dans les territoires les plus avancés.
- Finaliser le déploiement de l'Initiative AIDES et la période d'appropriation dans tous les territoires.
- Offrir des activités de sensibilisation et d'information aux partenaires de l'application de l'entente multisectorielle de manière régulière, soit les services de garde, les centres de la petite enfance, les milieux scolaires et les municipalités.
- Actualiser le déploiement des activités régionales de soutien sur les plans de services individualisés (PSI) destinés au personnel du réseau de l'éducation et du personnel du réseau de la santé et des services sociaux.
- Réduire le temps d'attente pour les services en orthophonie pour les 0-5 ans en transformant la pratique vers le modèle en tandem.
- Réaliser une trajectoire de services en orthophonie pour la clientèle enfants de 5 à 7 ans afin d'assurer un service avant l'entrée à l'école ou lors des premières années de scolarisation.
- Poursuivre les travaux du nouveau modèle de gouvernance en jeunesse.
- Améliorer la saisie des données dans le I-CLSC pour le profil JED, compléter et diffuser le guide de saisie.
- Appliquer les nouvelles modalités du comité régional MSSS-MELS.
- Poursuivre les travaux pour les jeunes présentant des troubles de comportement et des troubles graves de comportement en lien, notamment, avec la mise sur pied d'un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu inspiré du programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) et la mise sur pied d'une équipe d'intervention jeunesse pour coordonner les situations complexes.

3.2.5 Les services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendances

SANTÉ MENTALE

Faits saillants

- Production d'un rapport d'étape faisant état de l'avancement des mesures du Plan d'action régional en santé mentale 2013-2016.
- Investissement additionnel récurrent de 643 397 $ pour consolider des organismes communautaires en santé mentale à vocation régionale et des services spécialisés en matière de psychiatrie et de pédopsychiatrie.
- Participation à la consultation nationale du Plan d'action en santé mentale 2015 2020.

- Mise en place d'un programme visant l'implantation de l'autogestion des soins portant sur la dépression, les troubles d'anxiété, les troubles anxieux et d'humeur en milieu de travail, la bipolarité et l'estime de soi, impliquant les huit CSSS et les huit organismes communautaires en santé mentale. Allocation d'un budget non récurrent de 24 000 $ pour la réalisation des objectifs de ce programme.
- Mise en place d'un mécanisme en intégration sociopro-fessionnelle pour les personnes de 16 ans et plus avec un trouble grave de santé mentale impliquant les huit CSSS, les huit centres locaux d'emploi et les trois services externes de main-d'œuvre.
- Soutien financier pour la construction de logements sociaux en santé mentale dans la MRC de Matane.
- Démarche régionale amorcée afin de revoir les critères de priorisation du guichet d'accès pour la clientèle vulnérable sans médecin de famille avec les coordonnateurs médicaux de 1re ligne, de les soutenir dans la prise en charge et de s'entendre sur un mécanisme de communication formel entre le les services Accueil-Évaluation-Orientation-Référence et ce guichet d'accès.
- Poursuite de la mise en place de mécanismes d'accès et de liaison, des trajectoires de services et de différentes procédures en santé mentale pour assurer le « reaching out » et le suivi des personnes (comité réunissant les CSSS, des représentants de personnes utilisatrices et l'Agence).
- Poursuite des activités de soutien clinique du Centre national d'expertise en santé mentale (CNESM), de concert avec l'Agence (Suivi intensif – Soutien d'intensité variable).
- Processus d'homologation des deux équipes de suivi intensif et des huit équipes de soutien d'intensité variable par le CNESM en cours.
- Poursuite du chantier en suivi systématique des clientèles en santé mentale et tenue de rencontres du comité tactique.
- Soutien financier à la tenue d'une journée régionale de sensibilisation à la psychose ouverte à la population générale de l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques sous le thème « On cause de la psychose ». L'activité a été initiée par le CSSS de Rivière-du-Loup.
- Diffusion de l'offre de service des CSSS et des organismes communautaires auprès des principaux acteurs en santé mentale et de la population.
- Démarche sous-régionale impliquant l'école anglophone à Métis Beach, l'Agence et les quatre CSSS du secteur réalisée dans le but de soutenir la maison d'enseignement auprès des étudiants aux prises avec des problématiques biopsychosociales et leurs proches et d'établir des corridors de services entre ces deux réseaux.

Perspectives

- Développer des corridors de services formels entre les services médicaux (GMF-cliniques médicales) et les services psychosociaux du futur Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent, dans la perspective d'améliorer la continuité des services en santé mentale et de soutenir les médecins de famille dans la prise en charge des clientèles vulnérables.
- Poursuivre l'actualisation des mesures retenues au Plan d'action régional 2013-2016, en accord avec les mesures inscrites au Plan d'action ministériel 2015-2020.
- Déployer les ateliers d'autogestion des soins (dépression, anxiété, bipolarité, trouble de l'humeur en contexte de travail, estime de soi) dans les huit réseaux locaux de services, dans le respect des paramètres retenus par les instances régionales.
- Poursuivre les travaux visant l'implantation du suivi systématique de la clientèle en santé mentale.
- Soutenir les démarches visant l'homologation des équipes de suivi dans la communauté : suivi intensif dans le milieu et soutien d'intensité variable.
- Rendre disponibles des activités de formation portant sur le rétablissement et sur les représentations sociales.

DÉPENDANCE

Faits saillants

- Soutien dans la mise en place du Mécanisme d'accès et trajectoire de services en dépendance au plan local (accompagnement tant dans la compréhension des orientations que dans l'opérationnalisation des trajectoires de services), dans une perspective de transversalité.

- Soutien à la mise en place d'une équipe médicale spécialisée en dépendance pour une offre de soutien aux équipes médicales de première ligne.
- Favoriser et soutenir l'arrimage entre le Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent et les services de psychiatrie de la région afin d'améliorer l'offre de service pour la clientèle souffrant de comorbidité (par exemple : rapprochement des équipes terrain, mise en place de PSI pour la clientèle commune, mise en place de groupes motivationnels pour les personnes ayant des troubles concomitants [troubles psychotiques et troubles de dépendance], mise en place d'un groupe de sensibilisation aux dépendances à l'une des unités de soins de courte durée de psychiatrie).
- Déploiement régional de diverses formations nécessaires à la mise en place et au maintien des services de première ligne en dépendance, notamment l'Entretien motivationnel de base et les traitements de substitution pour la clientèle dépendante aux opiacés, afin d'assurer le maintien et le développement des compétences spécialisées.
- Soutien dans la mise en place et l'actualisation de l'offre de service des centres d'accès au matériel d'injection dans la région (incluant la distribution de pipes à « crack » stériles).
- Mise en place et suivi d'une structure de concertation clinique au sein du Centre de détention du Bas-Saint-Laurent afin d'assurer un arrimage des services en prévision de la sortie des personnes incarcérées. Cette pratique vise l'amélioration de l'accès et la continuité des services.
- Évaluation et accompagnement continus des organismes communautaires qui œuvrent auprès de la clientèle en dépendance.
- Entente de service réalisée entre l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et l'Agence de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine ainsi que le CSSS de Rivière-du-Loup et le CSSS de la Haute-Gaspésie concernant l'offre de service de désintoxication avec hébergement.

Perspectives

- Assurer le suivi et l'accompagnement, au niveau du déploiement des services de première ligne en dépendance dans les CSSS de la région, du Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent en regard de son offre de service spécialisé.
- Assurer le suivi de l'ensemble des ententes de service liées au dossier dépendance.
- Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables et moins.
- Assurer le suivi de l'entente de service formelle avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine et les centres de santé et services sociaux concernés pour les services de désintoxication avec hébergement.
- Assurer l'accompagnement et favoriser l'arrimage entre les services de 1re et de 2e ligne en dépendance dans la région et hors région.

3.2.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) – Les services de soutien à domicile

Faits saillants

- Implantation de l'Approche adaptée en milieu hospitalier (AAAPA/Optimah) :
  - Tous les CSSS ont maintenant adhéré au déploiement de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA), comme demandé par le MSSS, incluant les trois sites où l'on retrouve une urgence mineure (Pohénégamook, Les Basques et La Mitis);
  - Pour les établissements où des formations maison avaient été développées, la plateforme de formation du Centre d'expertise et de santé de Sherbrooke (CESS) est maintenant utilisée, ce qui assure la pérennité de l'enseignement. Le CSSS de Rimouski-Neigette est en processus de faire installer la plateforme sur son propre serveur afin de faciliter la gestion des accès et des mots de passe. Une entente entre le CESS et le CSSS devra être signée. De plus, un processus de suivi sera mis en

place afin d'obtenir les renseignements fournis par le rapport Bixt habituel, qui sera remplacé par un rapport produit par le CSSS. Une entente avec le MCSS devra être établie pour la reddition de comptes;
  - Les coachs identifiés dans chaque CSSS ont assisté à une journée sur le rôle de coach. Cette journée a permis de partager les outils, les difficultés et les réussites de chacun. Une rencontre annuelle d'échanges a été demandée afin d'offrir un soutien régional;
  - Le profil AÎNÉES commence à être déployé dans tous les établissements. Il peut être légèrement adapté à la réalité sur le terrain, mais les informations préconisées par l'AAAPA doivent être maintenues;
  - Tous les milieux d'enseignement ont été sollicités afin de faire installer la plateforme de formation AAPA et la plupart ont débuté les procédures avec le CESS. Tous ont l'intention d'inclure dans leur curriculum les principes de l'AAPA et possiblement l'outil AÎNÉES.
- Tous les CSSS ont rempli la Grille de suivi de l'implantation de l'AAAPA et inscrit les résultats dans le système GESTRED. Un suivi auprès de chaque milieu a été effectué afin de préciser les attentes du MSSS. Un regard sur les enjeux de chacun des milieux a permis d'estimer l'atteinte de la cible régionale à 80 %, ce qui est la cible du MSSS. Tous ont travaillé sur l'identification d'indicateurs dans leur établissement. Une compilation régionale sera faite et les indicateurs en commun seront identifiés comme indicateurs régionaux pour tous les sites.
- Dépôt des lignes directrices régionales en lien avec l'offre de service aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement :
  - Un suivi auprès de chaque CSSS a été effectué en lien avec la grille OSRSIPA afin d'identifier les domaines à travailler pour continuer à harmoniser le processus de cheminement des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA);
  - En lien avec le Cadre de référence pour l'hébergement des SAPA, un soutien est offert par l'Agence afin de s'assurer de la bonne gestion des listes d'attente, en considérant « la bonne personne à la bonne place ». Intégration de l'ISO-Smaf dans l'orientation des usagers;
  - Des rencontres ont eu lieu dans chaque CSSS avec les responsables. Une évaluation a été complétée et remise avec recommandations afin d'améliorer le processus d'analyse à l'hébergement à chacun des CSSS.
- Indicateur OSRSIPA en 2015 est à venir à la fin mai : le seuil fixé par le MSSS est de 70 %.

CSSS	2015-2016
[illegible]	72,50 %
[illegible]	64,58 %
[illegible]	48,83 %
[illegible]	69,86 %
[illegible]	85,48 %
[illegible]	67,05 %
[illegible]	85,80 %
[illegible]	74,90 %
[illegible]	79,08 %

LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE ET L'OFFRE DE MILIEUX DE VIE DIVERSIFIÉS ET ADAPTÉS AUX BESOINS SPÉCIFIQUES

À partir du Cadre de référence des lignes directrices régionales, s'assurer de l'« bonne intégration du projet de loi nº 90, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Le concept intégrateur [illegible] d'évaluation et de réadaptation gériatrique (SERG) demande une analyse des différentes ressources humaines touchées par cette organisation du travail, ce qui nécessite l'application du projet de loi nº 90 pour toute profession touchée par celle-ci. Les CSSS ont effectué des analyses dans le cadre du projet d'organisation de travail.

Le SERG a comme objectif d'offrir des services d'évaluation et de réadaptation dans le milieu de vie de l'usager, qu'il soit au domicile ou dans tout autre milieu de transition. Au total, sept CSSS sont engagés dans un plan d'organisation de travail qui vise à initier le processus du SERG en développant des liens avec les organismes communautaires (centre de jour communautaire [CDJC] et transfert des acquis à la vie quotidienne).

La 8e CSSS est en phase de déploiement également, car le projet du concept intégrateur est pour l'ensemble de la région. Une collaboration étroite est maintenant développée afin d'assurer la qualité des services. Des protocoles d'entente sont signés pour plusieurs CSSS avec des organismes communautaires et un cadre de référence pour les organismes communautaires a été rédigé. Par ailleurs, le cadre de référence du concept intégrateur SERS a été élaboré afin de soutenir les établissements dans l'organisation des soins et des services des usagers adultes et aînés, et différents outils ont été développés.

Afin de s'assurer que les CSSS avaient une compréhension commune de la compilation des services de soutien à domicile (SAD), des rencontres téléphoniques furent organisées. L'objectif était d'attirer l'attention sur la bonne utilisation des différents codes et de préciser les procédures pour y arriver. Un lien direct avec les attentes du MSSS et les cibles d'optimisation a été fait avec chaque établissement. Une analyse individualisée des CSSS en lien avec les cibles attendues et les heures de prestation de service comptabilisées furent faites pour chaque période et un rapport a été remis à chaque établissement.

Indicateur du nombre d'heures en SAD longue durée

CSSS	Cible d'heures de prestation de service en SAD pour l'attention du budget SAPA	Projection au 31 mars 2015	% d'atteinte de la cible
Kamouraska	24 559	26 654	109,65
Rivière-du-Loup	55 403	62 551	113,09
Témiscouata	38 069	32 258	84,78
Les Basques	19 236	20 129	106,08
Rimouski-Neigette	76 671	75 583	98,58
La Mitis	34 404	30 433	88,08
La Matapédia	26 038	32 986	125,74
Matane	46 283	48 036	103,8
Total Bas-Saint-Laurent	321 590	329 406	102,51

Voici l'état d'avancement du SERS – Février 2015

	Entente signée avec un organisme pour la clientèle régulière		Entente signée avec un organisme pour la clientèle avec des troubles cognitifs		Transfert de la clientèle régulière effectué		Transfert de la clientèle avec des troubles cognitifs effectué	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
CSSS de Kamouraska	X		X		X			X
CSSS de Rivière-du-Loup		X		X		X		X
CSSS de Témiscouata	X		X			X	X	
CSSS des Basques	X		X		X		X	
CSSS de Rimouski-Neigette	X		X			X	X	
CSSS de La Mitis	X		X			X	X	
CSSS de La Matapédia	X		X			X		X
CSSS de Matane	X		X		X		X	

- **Syndromes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et troubles graves du comportement (TGC)**
  - Une formation a été donnée pour l'ensemble des CSSS ainsi qu'une formation de formateurs afin de les outiller et de mieux intervenir auprès des usagers présentant des SCPD, TC et TGC.
  - Un centre de référence régional a été désigné avec la clinique régionale de PMIs. Des protocoles d'entente ont été signés pour l'ensemble du CSSS afin de rempacher la trapchrone de services.

- **CHSLD**
  - Dans le cadre du déploiement du soutien à l'autonomie, l'Agence doit assurer un suivi des enfants sur les questions d'évaluation des besoins des usagers en centre d'hébergement et de soins de longue durée. L'Agence anime des conférences téléphoniques mensuellement auprès de pilotes I-CLSC, de pilotes RSPA, de répondants DI-TSA-DP et de directeurs SAPA, et ce, dans un but de soutenir et d'informer sur les demandes du MSSS. Les CSSS (8) doivent transmettre à l'Agence des données validées à l'aide du Formulaire SIM dans DESTINES afin d'obtenir un portrait réel sur les activités d'évaluation auprès des usagers. Une vigie ainsi qu'une sensibilisation sont aussi apportées sur l'importance de la mise à jour des outils d'évaluation multiclientèle pour mieux répondre aux besoins de la clientèle comme il a été recommandé dans les orientations nationales et régionales. Une vigie est assurée en lien avec les admissions des usagers en CHSLD qui doivent correspondre aux profils Iso-SMAF 10 et plus. Lors des visites du MSSS, un lien est fait avec les plans d'amélioration avec la direction du service de la qualité et de la performance.

- La formation AGIR pour le volet soins palliatifs a été offerte pour former des formateurs dans l'ensemble de la région.

- Par ailleurs, l'Agence s'est chargée de faire former trois formatrices expertes par le CSSS-Centre d'expertise de santé de Sherbrooke afin de répondre aux obligations lors de diverses évaluations de formation de formateurs et d'utilisateurs locaux. Des protocoles d'entente ont été signés entre l'Agence et les trois CSSS concernés afin de répondre aux besoins de formations dans la région du Val-Saint-Laurent.

- **SIGCM (Système d'information pour la gestion de la coordination à l'hébergement)**
  - En 2014, SIGCM a été implanté dans les CSSS à l'exception du CSSS des Rivières-Shawinigan. Celui-ci est doté d'un d'autre système dont l'échéance se fera incessamment. Le SIGCM est adapté au Cadre de référence régional qui définit les orientations en matière d'hébergement pour soutenir les orientations cliniques afin de mieux définir nos exigences. Le SIGCM est un outil de gestion sur les demandes de services pour les usagers en perte d'autonomie, notamment le réseau d'hébergement public. Il supporte toutes les étapes de traitement d'une demande d'hébergement (long terme, transitoire, temporaire ou soins palliatifs) et gère les mouvements de clientèle qui y sont associés.

  - L'Agence a offert une formation SIGCM à sept établissements durant l'année 2014. Une vigie est aussi assurée sur les délais d'attente à l'hébergement en région et hors région pour que l'organisation des services soit celle d'une hiérarchisation de services, allant du plus léger au plus lourd, en partenariat avec les différents acteurs du milieu. Par ailleurs, un tableau synthèse de l'hébergement de soins de longue durée est remis à tous les directeurs SAPA afin d'apporter les correctifs si besoin, et ce, de manière périodique.

- **OTSAD**
  - Quatre établissements font la compilation d'une grille portant sur les unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF). Cette grille est acheminée auprès du MSSS et de l'Agence à chaque période. Une vigie est assurée en lien avec les lignes directrices UTRF afin de suivre la complétude et les résultats. Un projet pilote du SCCMIM (volet) GMAP est à l'essai avec l'appui du MSSS depuis 2015, et ce, dans le but de suivre le nombre d'entrées et de départs incluant les sacs de profils ISO-SMAF, ce qui permet d'identifier les admissions et de qualifier une certaine mesure sur le type d'usagers desservis dans cette programmation clinique UTRF. De plus, la grille UTRF indique le pourcentage

de retour dans le milieu de vie (domicile conventionnel, résidence privée pour aînés, ressource intermédiaire, ressources de type familial, CHSLD, CHSSS), réadaptation, etc.). Dans l'interprétation des résultats, les cibles à atteindre sont identifiées ainsi que les alertes, ce qui permet une vigie auprès des établissements.

3.2.7 Services d'assistance personnelle aux activités de la vie quotidienne offerts par des partenaires hors réseau

Perspectives

- Concertation régionale entre le CISSS et les partenaires du Réseau territorial de services et les partenaires qui offrent des activités de vie quotidienne (AVQ).
- Mise en place des mécanismes de collaboration, de communication, de suivi et de reddition de comptes entre les CISSS et les organismes.
- Signature des ententes de collaboration entre le CISSS et les organismes détenant une attestation de conformité des services AVQ.
- Révision des attestations.
- Mise en place d'un comité de suivi.

3.2.8 Les services en soins palliatifs de fin de vie

Faits saillants

- Suivi des deux projets retenus pour le Bas-Saint-Laurent (Association du cancer de l'Est du Québec et le CSSS de La Matapédia) permettant d'offrir plus de soutien et d'accompagnement aux personnes en fin de vie ainsi qu'à leur famille pour une somme globale de 202 000 $, dont 27 000 $ récurrents.
- Participation aux huit conférences téléphoniques dédiées aux répondants en soins palliatifs.
- Dépôt d'une première version du Cadre de référence régional des soins palliatifs de fin de vie.
- Rencontre d'information de la Table des DSI-DSP sur les travaux ministériels en cours.

Perspectives

Mise en œuvre régionale de la loi pour le 10 décembre 2015

Dispositions des modalités de la loi pour septembre 2015 :

- Élaboration d'une politique de soins palliatifs et de soins de fin de vie.
- Mise en place d'une programmation clinique incluant les soins à domicile.
- Mise à jour du code d'éthique des établissements.
- Formation des professionnels ainsi que des médecins quant aux dispositions de la loi.
- Mise à jour des ententes existantes en collaboration avec les maisons de soins palliatifs.
- Implantation d'un cheminement pour une demande de sédation palliative continue et d'aide médicale à mourir.
- Mise en place des directives médicales anticipées.
- Adoption des protocoles cliniques.

3.3 Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services

3.3.1 Les ressources médicales spécialisées

Le Plan régional des effectifs médicaux spécialisés (PREM) 2012-2015, adopté en 2012, a fait l'objet de quelques modifications depuis son entrée en vigueur, dont une pour l'année 2014-2015.

Par rapport au PREM 2014 qui totalisait 239 médecins spécialistes, les derniers ajustements augmentent le PREM 2012-2015 de 4 postes au total, pour le porter à 243 en 2015. Plusieurs postes sont assujettis d'ententes permettant de couvrir d'autres établissements du territoire ou sont rattachés à des obligations de services suprarégionaux.

De façon plus spécifique, le PREM 2015 diffère du PREM 2014 par les ajouts suivants :

Pour le CSSS de Rimouski-Neigette :
- Ajout d'un poste en gériatrie, en médecine interne et en radio-oncologie (il s'agit d'un poste par discipline pour 2015).

Pour le CSSS de Rivière-du-Loup :
- Ajout d'un poste en anesthésiologie pour 2015.

Ainsi, sur les 243 postes autorisés à notre PREM 2015, 226 postes sont présentement comblés.

Après la tenue de consultations auprès des établissements du territoire, les recommandations régionales de la Table des chefs de département de médecine spécialisée ont été adressées au ministère de la Santé et des Services sociaux en regard des travaux de planification inhérents au plan quinquennal 2016-2017 à venir.

3.3.2 Les services thérapeutiques et diagnostiques

LABORATOIRES

Durant l'année 2014-2015, la démarche d'optimisation des services de biologie médicale (Optilab) a suivi son cours. Ce nouveau modèle d'organisation vise à former une Grappe interrégionale en regroupant les services des laboratoires du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Tous les champs d'application de la biologie médicale sont concernés par l'organisation des services, incluant les prélèvements biologiques. Ce processus vise l'amélioration de l'accès aux centres de prélèvements, l'amélioration de la qualité, de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience des services offerts par les laboratoires de biologie médicale. En janvier 2014, une structure de gouvernance a été mise en place et les membres du comité directeur ont été nommés. L'excellente collaboration avec les intervenants des établissements a permis de faire progresser les travaux et de déposer au Ministère un plan d'action préliminaire, un état de situation actuel et un plan d'action détaillé pour chacune des installations de la Grappe 1.

ACCÈS AUX SERVICES D'URGENCE

Le nombre de visites aux services d'urgence, sur le territoire du Bas-Saint-Laurent, a subi une légère diminution. La durée moyenne de séjour des patients sur civière se situe à 8 heures. Ce résultat est excellent puisque la cible pour cet indicateur est de moins de 11 heures.

D'un point de vue régional, les cibles fixées pour les indicateurs reliés à la performance des services d'urgence ont été respectées et les résultats obtenus pour l'année 2014-2015 sont nettement supérieurs à ceux de la moyenne provinciale.

Dans une optique de maintien des performances des services d'urgence sur le territoire du Bas-Saint-Laurent, l'Agence a confirmé aux établissements la récurrence de l'allocation spécifique au désengorgement des urgences.

ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

Le 1er mai 2014, le Plan de travail régional 2014-2015 de l'accès aux services spécialisés a été déposé à la Direction des mécanismes d'accès du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il était conforme aux orientations de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire. La mise en œuvre de ce plan vise l'optimisation de l'accès aux services spécialisés. Des mises à jour de ce plan de travail ont été réalisées au cours de l'année.

Accès à la chirurgie

Les cibles fixées par le MSSS concernant l'accessibilité à la chirurgie qui ont fait l'objet d'une analyse plus spécifique en 2014-2015 sont les suivantes :

- Aucun patient dont l'attente est supérieure à un an;
- 90 % des patients opérés à l'intérieur de 6 mois.

Pour l'année financière 2014-2015, il y a eu une légère hausse de production en ce qui concerne les chirurgies électives. De plus, la majorité de ces chirurgies a été réalisée selon les délais d'accès fixés par le MSSS. En effet, 93,1 % des patients ont été opérés à l'intérieur de 6 mois. Bien que le nombre de patients en attente d'une chirurgie soit constant en comparaison de l'année financière 2013-2014, la durée moyenne d'attente pour toutes les catégories de chirurgie a diminué à 9,6 semaines. Toutefois, au 31 mars 2015, il y avait 29 patients dont l'attente pour une chirurgie était supérieure à un an.

Voici un tableau de la durée moyenne d'attente dans la région du Bas-Saint-Laurent pour chaque catégorie de chirurgie pour l'année financière 2014-2015 :

Catégorie de chirurgie	Durée moyenne d'attente en semaines
Hanche	16,8
Genou	18,3
Cataracte	9,5
Un jour	8,8
Hospitalisation	8,2
Bariatrique	21,5
Moyenne	9,6

Source : SIMASS Rapport 7

Accès à l'imagerie médicale

Pour le domaine de l'imagerie médicale, les paramètres suivants doivent être respectés :

- Le délai de rendez-vous est de 90 jours;
- Le délai de lecture est de 7 jours;
- Le délai de transcription-relecture-transmission est de 7 jours.

En ce qui concerne les indicateurs de l'imagerie médicale, les données sont déposées dans GESTRED à la fin de chaque trimestre. Les systèmes informatiques actuels ne permettent pas d'extraire les données de façon standardisée et la façon de les compiler peut varier d'un établissement à l'autre. Par exemple, le nombre d'usagers en attente peut inclure dans certains cas des examens de contrôle. Il est donc suggéré de demeurer vigilant lors de l'utilisation ou la diffusion de ces données.

De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux priorisait l'amélioration de l'accessibilité aux examens d'échographie dans le réseau public de santé. Des mécanismes permettant l'augmentation à court terme de la production devaient être mis en place au sein des établissements afin d'atteindre la cible ministérielle suivante : les patients en attente d'un examen d'échographie doivent recevoir leur service à l'intérieur d'un délai de trois mois. À cet effet, deux établissements, Rivière-du-Loup et Matane, se sont vu attribuer une allocation budgétaire récurrente afin de pallier des problématiques d'accès à l'échographie. Ces montants permettent d'allouer les ressources nécessaires afin d'équilibrer l'offre et la demande en ce qui concerne les plages horaires et, par le fait même, diminuer les délais d'attente pour une échographie.

Accès à l'endoscopie

Le CSSS de Rivière-du-Loup continue ses travaux à titre de site de démonstration du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR). Le but est d'assurer l'accès à la coloscopie à toutes les personnes qui requièrent cet examen en fonction des normes cliniques et organisationnelles recommandées, et ce, dans une optique d'amélioration de la qualité des services de coloscopie ainsi que de l'accessibilité au dépistage.

En avril 2014, le CSSS de Rivière-du-Loup a reçu la visite d'une équipe de la Direction québécoise de cancérologie (DQC) pour évaluer et apprécier les efforts de mise à niveau poursuivis par l'unité d'endoscopie. Cette visite avait pour but de faire le bilan de la mise en œuvre de la phase 1 des sites de démonstration du PQDCCR. Ce bilan fait état des constats observés en regard de la gouverne de l'unité d'endoscopie et du niveau de conformité aux normes en matière de gestion de l'accès, de la pratique clinique et organisationnelle, de l'aménagement de l'unité d'endoscopie et du retraitement des dispositifs médicaux. Ce bilan permet de faire ressortir les conditions gagnantes, les obstacles rencontrés et les principaux enjeux qui se dessinent pour la poursuite d'une éventuelle deuxième phase du PQDCCR.

En mars 2015, l'Agence a soumis à la DQC son plan régional de priorisation des projets de mise à niveau des unités d'endoscopie digestive des établissements du Bas-Saint-Laurent. Le but de la mise à niveau est d'optimiser la capacité en coloscopie afin d'améliorer l'accessibilité à l'examen grâce aux gains d'efficience réalisés et, de plus, d'atteindre la conformité aux normes de pratique clinique et organisationnelle en coloscopie et en retraitement des dispositifs médicaux qui sont les critères préalables à l'implantation du PQDCCR.

Par ailleurs, depuis janvier 2014, le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) est disponible sur le territoire du Bas-Saint-Laurent pour le dépistage opportuniste prescrit par le médecin référent. Dans une optique de respect des bonnes pratiques, et ce, selon les algorithmes de prise en charge et de surveillance du PQDCCR, les demandes de coloscopie de dépistage formulées pour des personnes âgées de 50 à 74 ans asymptomatiques et sans antécédents personnels ou familiaux seront priorisées sur la liste d'attente seulement si un test de RSOSi a été réalisé au préalable et que le test s'est avéré positif.

Voici les statistiques d'utilisation du RSOSi à titre de test de dépistage pour l'année 2014-2015 :

Établissements	Nombre de RSOSi réalisées
CSSS de Kamouraska	1 200
CSSS de Rivière-du-Loup	1 910
CSSS de Témiscouata	1 485
CSSS des Basques	914
CSSS de Rimouski-Neigette	6 528
CSSS de La Mitis	1 413
CSSS de La Matapédia	2 327
CSSS de Matane	673
Bas-Saint-Laurent	16 450

Accueil clinique

L'amélioration des mécanismes d'accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques est une priorité pour le MSSS. À cet égard, certaines conditions cliniques ont été identifiées pour lesquelles des protocoles d'accueil clinique doivent être implantés. Les conditions cliniques retenues sont les suivantes :

- rectorragie;
- fibrillation auriculaire (FA) de novo;
- thrombose veineuse profonde;
- saignements au premier trimestre.

Après analyse des différents processus d'accès, il a été convenu qu'il n'est pas pertinent d'instaurer l'accueil clinique dans tous les CSSS du Bas-Saint-Laurent. En effet, l'organisation de services sur le territoire du Bas-Saint-Laurent présente certaines particularités que l'on se doit de tenir compte préalablement à l'implantation de l'accueil clinique. Les effectifs médicaux en spécialités autres que la chirurgie, l'anesthésiologie, la médecine interne et la radiologie se retrouvent principalement au CSSS de Rimouski-Neigette ainsi qu'au CSSS de Rivière-du-Loup où les travaux d'implantation pour certains protocoles sont amorcés. Après des présentations au Département régional de médecine générale, à la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, à la Table des directeurs des services professionnels ainsi qu'au Forum régional de coordination des établissements de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, il a été convenu de forma-

liser les trajectoires de services déjà établies qui permettent aux omnipraticiens ainsi qu'aux spécialistes de prendre en charge leur clientèle dont la condition est subaiguë.

Douleur chronique

En juin 2014, le MSSS a confirmé la désignation des trois centres secondaires faisant partie du Consortium en douleur chronique du Bas-Saint-Laurent (CDCBSL), soit les CSSS de Rivière-du-Loup, de Rimouski-Neigette et de La Mitis. Les liens de collaboration entre les trois établissements membres du CDCBSL sont concrétisés par une structure continue de gouvernance clinico-administrative opérationnelle, intégrée et chapeautée par un comité directeur, formé de représentants des trois établissements participants.

Les trois établissements sont conjointement et solidairement responsables de l'offre de service de 2e ligne en douleur chronique à la population du territoire du Bas-Saint-Laurent et cet engagement fait l'objet d'un protocole d'entente formel entre les trois établissements. Les établissements partagent des valeurs et une vision commune du travail et adhéreront à une finalité commune, à des pratiques professionnelles et à des modalités de travail en concertation. Afin de soutenir les 3 centres secondaires, l'Agence a confirmé une allocation financière récurrente de 315 000 $ afin que les centres puissent procéder à l'embauche ou à la consolidation des membres des équipes multidisciplinaires en douleur chronique, selon les besoins prioritaires exprimés. La mise en place d'un guichet d'accès unique situé au CSSS de La Mitis a vu le jour et toutes les demandes de 2e ligne pour le Consortium en douleur chronique du Bas-Saint-Laurent transitent vers ce guichet.

3.3.3 Les services spécifiques et les services spécialisés de réadaptation pour les personnes ayant une déficience

Faits saillants

- Déploiement de l'outil d'évaluation multiclientèle dans tous les CSSS, pour la clientèle ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA), outil mis en place en lien avec les travaux du soutien à l'autonomie. Certains établissements n'ont pas atteint la cible. Un plan d'accompagnement visant à soutenir ces établissements a été mis en place.
- Déploiement de la production du plan de services individualisés et d'allocation de services pour chaque personne ayant une DP-DI-TSA recevant des services à domicile long terme. La cible à atteindre est de 100 % au 31 mars pour les profils 4 et plus.
- Un comité répit a été mis en place afin de trouver des solutions pour offrir du répit aux familles vivant avec un enfant ou un adulte ayant une DP. Il y a un comité dans le secteur est et un autre dans le secteur ouest. Ces comités incluent les partenaires de chaque réseau local de services. Le comité du secteur est se heurte à des difficultés immobilières en lien avec les normes du code du bâtiment et de sécurité incendie. Les besoins dans l'ouest sont répondus par le biais d'une entente entre Répit Loisirs Autonomie et la Clef des champs. L'entente a été signée en novembre 2014.
- Amorce des travaux en troubles graves du comportement (TGC) jeunesse, il y a eu trois rencontres. Chaque établissement est représenté par un gestionnaire. Il y a un intérêt pour développer une équipe d'intervention jeunesse pour desservir toute la région; de même que de mettre en place un programme de crise et de suivi intensif.
- Participation à plusieurs travaux avec le MSSS : offre de service en DI, TSA et DP, offre de service soutien aux familles et aux proches aidants, offre de service sur les activités de jour, travaux sur le continuum accidents vasculaires cérébraux.
- Une somme récurrente de 30 000 $ a été versée à l'organisme communautaire Répit Loisirs Autonomie afin qu'il puisse poursuivre et bonifier son offre de service de répit aux familles naturelles ayant un enfant ou un adulte vivant une DI, une DP ou un TSA pour toute notre région. Cette somme s'ajoute au 51 488 $ récurrent versé l'an passé.
- Un projet pilote a été confié à l'organisme communautaire les Dynamiques, afin qu'il planifie des activités de loisirs

pour les personnes ayant une DP. Après évaluation des résultats de leur projet, une somme de 15 000 $ récurrents a été versée à cet organisme pour qu'il poursuive les activités de loisirs pour la clientèle en DP.

Plan d'accès : bilan

- L'implantation du réseau intégré de services en DI-TSA pour le volet adaptation-réadaptation a été complétée. En DP, les travaux ont été amorcés, quatre CSSS sur huit ont signé une entente avec le CRDP. L'annonce du CISSS a amené les gestionnaires de quatre CSSS à ne pas entériner l'entente. Selon eux, la pertinence d'une telle entente n'était plus actuelle.
- Un suivi périodique des délais d'accès est effectué à chaque période avec les gestionnaires d'accès. La cible de 90 % est atteinte en modéré et élevée par la majorité des CSSS et la cible de 100 % en urgent est atteinte pour tous les CSSS. Au besoin, les correctifs sont apportés avant la période de validation à l'Agence.
- Les nouveaux intervenants et gestionnaires dédiés en déficience sont informés du plan d'accès. Des mécanismes de suivis s'adressant aux directions des CSSS et CR sont mis en place afin de rendre compte de l'avancement des travaux.
- Au CRDP et au CRDITED, le nombre de personnes en attente est en constante diminution. Les mécanismes de suivis mis en place sont efficaces.
- Dans chaque établissement, un intervenant pivot est identifié en début de services. La notion d'intervenant pivot réseau à fonction de gestion de cas est appelée à être développée.

Perspectives

- Poursuite des travaux en TGC jeunesse.
- Poursuite du suivi rigoureux en lien avec les standards et les mécanismes du plan d'accès.
- Poursuite des travaux avec le comité répit afin de trouver une solution au répit pour l'est de la région.

3.4 La qualité des services et l'innovation

3.4.1 L'implantation de standards cliniques, le transfert des connaissances et l'innovation

VISITES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DU MILIEU DE VIE EN CHSLD

Sept installations CHSLD ont été visitées au cours de l'année :

- CSSS des Basques : Centre hospitalier de Trois-Pistoles;
- CSSS de Rivière-du-Loup : Centres d'hébergement de Saint-Antonin et de Saint-Cyprien;
- CSSS de La Mitis : Centre d'hébergement de La Mitis;
- CSSS de Matane : Centre d'hébergement de Matane;
- CSSS de La Matapédia : Centre d'hébergement Marie-Anne-Ouellet;
- CSSS de Rimouski-Neigette : Centre d'hébergement de Rimouski.

Les rapports de visite peuvent être consultés sur le site Internet de l'Agence : www.agencebsl.gouv.qc.ca, dans la section *Archives Agence - Documentation - Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie.*

AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Trois établissements de la région ont été visités en 2014-2015. Il s'agit des CSSS de Rivière-du-Loup, de Matane et de Kamouraska. À noter que le CSSS de Rimouski-Neigette a reçu une visite supplémentaire en février afin de compléter le processus d'agrément amorcé l'année dernière. Ces établissements ont tous été agréés. Les établissements visités ont réalisé les actions nécessaires à la suite de leur plus récente visite d'agrément en maintenant des activités d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services.

Notons que la loi établit que la période de validité de l'agrément obtenu par un établissement de santé et de services sociaux est de quatre ans. Au cours de la prochaine année, il est prévu que ce soit le CSSS de La Mitis qui sera en processus d'agrément. Soulignons qu'à la suite de la réforme des structures du réseau de la santé et des services sociaux, issue du projet de loi nº 10, Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément doivent faire des propositions quant à la façon de paramétrer le processus d'agrément dans les nouveaux établissements.

CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS

Au 31 mars 2015, on dénombrait 152 résidences inscrites au Registre des résidences privées pour aînés au Bas-Saint-Laurent. L'ensemble de ces résidences possédait un certificat de conformité ou était en processus de renouvellement du certificat. Concernant l'ouverture de nouvelles résidences, l'Agence a délivré trois attestations temporaires. Le Conseil québécois d'agrément a effectué 43 visites de vérification de conformité concernant des résidences en processus de renouvellement, d'achat ou d'ouverture. Également, l'Agence a procédé à 28 visites de soutien aux exploitants, auxquelles s'ajoute du soutien téléphonique ainsi que de l'aide à la bonification de documents. Une séance d'information dans chaque MRC a été réalisée auprès des exploitants afin de leur livrer l'information en lien avec leurs obligations, eu égard à la vérification des antécédents judiciaires des membres du personnel et des bénévoles.

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL (RI-RTF)

L'année 2014-2015 a été consacrée à l'appropriation et à la mise en place des nombreux changements entraînés par l'entrée en vigueur de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le Régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives (L.R.Q., c. R-24.0.2) et de la signature des ententes collectives et nationales avec les différentes associations et les différents organismes représentatifs des ressources intermédiaires et des ressources de type familial.

L'Agence a joué un rôle de soutien auprès des établissements et des membres du réseau pour assurer la bonne gestion de ces nouvelles façons de faire et a assuré la diffusion de l'information. Des conférences téléphoniques mensuelles ainsi que des rencontres ont réuni les différents acteurs.

Le 27 mai 2014, l'Agence a organisé une journée de rencontre entre le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS) et les gestionnaires des établissements bas-laurentiens afin de discuter des principaux effets engendrés par les ententes collectives et nationales et de préparer la prochaine ronde de négociations 2015-2016.

Elle a également poursuivi son rôle de *leader* au sein du Comité expert régional sur l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance. Le 14 novembre 2014, l'Agence, en collaboration avec les membres de ce comité, a offert une formation régionale aux gestionnaires, intervenants et autre personnel des établissements pour en assurer une standardisation régionale dans sa compréhension et son application.

Le 16 décembre 2014, le comité de direction de l'Agence a adopté les procédures et formulaires suivants dans le but de soutenir les établissements dans leurs différentes responsabilités en lien avec les ressources intermédiaires et de type familial :

- Procédure – Demande d'autorisation de modifier, de mettre fin avant l'arrivée du terme ou d'empêcher le renouvellement d'une entente spécifique;
- Formulaire de demande d'autorisation (Article 55 de la LRR);
- Dossier du postulant (en vue d'une reconnaissance);
- Procédure – Vérification des antécédents judiciaires en lien avec la fonction.

Enfin, 32 familles d'accueil de proximité ont été évaluées par le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent et reconnues par l'Agence du 1er février 2015 au 31 mars 2015. Ces ressources de type familial avec limitation d'exercice s'ajoutent aux 71 ressources intermédiaires et 208 ressources de type familial présentes au Bas-Saint-Laurent.

SÉCURITÉ CIVILE

À la suite de la tragédie de la Résidence du Havre de L'Isle-Verte, survenue en janvier 2014, la présente année a été marquée par la poursuite du soutien à la petite communauté lislevertoise dans son processus de rétablissement. À cet égard, l'Agence a accordé un soutien financier au CSSS de Rivière-du-Loup dans la mise en place d'une équipe qui était dédiée spécifiquement à la démarche de rétablissement. Toujours en lien avec cette tragédie, le rapport d'événement a été produit, les activités de débriefing opérationnel ont été réalisées avec les partenaires de l'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC) ainsi qu'avec les principaux acteurs de l'Agence qui ont été impliqués à un moment ou un autre dans les opérations. De plus, à la lumière de l'expérience acquise lors de cet événement, le Plan local de sécurité civile du CSSS de Rivière-du-Loup a fait l'objet d'une révision en profondeur. Soulignons que ce document servira de base pour la révision du Plan régional de sécurité civile du réseau de la santé et des services sociaux.

Une des activités phares réalisées par l'Agence en sécurité civile a été la tenue, en octobre dernier, d'une journée thématique qui a permis à plus de 110 intervenants et gestionnaires provenant, notamment, du réseau de la santé et des services sociaux, de la CAUREQ (9-1-1) et de l'ORSC. Après que des représentants du Ministère eurent présenté les grandes lignes de la Mission santé ainsi que la nouvelle politique ministérielle en sécurité civile du MSSS, il y a eu présentation de trois événements qui ont touché notre région au cours des dernières années : l'évacuation d'un CHSLD dans le secteur de Kamouraska, le déploiement du code orange à l'Hôpital de Matane ainsi que les opérations réalisées dans le cadre de la tragédie de L'Isle-Verte.

Par ailleurs, on retrouvait dans l'Entente de gestion et d'imputabilité 2014-2105 des indicateurs de suivi de gestion qui portaient spécifiquement sur les activités de sécurité civile et de mesures d'urgence :

- Intégration d'activités de sécurité civile de niveau stratégique au comité de direction;
- Désignation d'une personne responsable de la coordination;
- Création d'un comité de sécurité civile actif;
- Création d'une valise de garde fonctionnelle;
- Mise à jour des plans de sécurité civile et de mesures d'urgence;
- Réalisation d'un exercice d'évacuation incendie et d'un exercice de mise en alerte;
- Mise à jour de la formation des intervenants et des gestionnaires.

Il va sans dire que l'Agence a pu répondre à ces exigences. Soulignons également que chacun des établissements de la région devait également faire une reddition de compte de ses activités en la matière. Certaines constatations en sont ressorties et des mesures ont été mises en place afin de consolider la capacité des établissements de la région à répondre aux exigences en matière de sécurité civile et de mesures d'urgence. Ainsi, tous les établissements ont été invités à tenir des exercices d'évacuation dans les installations hébergeant des clientèles vulnérables.

Soulignons enfin que le déploiement des valises de garde informatisées a été complété dans tous les établissements du Bas-Saint-Laurent.

3.4.2 La qualité et la sécurité des soins et des services

GESTION DES RISQUES

La gestion des risques repose sur une culture qui interpelle toutes les composantes du réseau de la santé et des services sociaux, pour laquelle plusieurs mécanismes sont en place afin d'assurer une prestation sécuritaire de soins et de services. Ainsi, toutes les mesures prévues dans le cadre du projet de loi nº 113 : Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux sont en vigueur dans chacun des établissements de la région.

Le processus de gestion des risques est très bien implanté dans le réseau bas-laurentien. Ainsi, tous les établissements de la région ont un comité de gestion des risques actif et le processus de déclaration des incidents et des accidents suit son cours normalement.

Comme prévu à l'Entente de gestion et d'imputabilité 2014-2105, l'Agence a apporté son soutien aux établissements de la région pour s'assurer que le processus de déclaration des incidents et des accidents se fasse dans les délais requis. Bien qu'un léger relâchement ait été observé, nous avons assuré un suivi étroit auprès des établissements concernés, ce qui a permis de corriger la situation.

La publication semestrielle du Rapport national des incidents et des accidents survenus lors de la prestation des soins de santé et des services sociaux nous permet d'avoir un portrait régional des événements qui ont eu lieu dans les établissements de la région. Pour l'année 2014-2015, ce sont 17 636 événements indésirables qui sont survenus dans les établissements de la région, soit une augmentation de 7,8 % par rapport à 2013-2014. Cette augmentation peut s'expliquer, entre autres, par une meilleure culture de déclaration chez le personnel des établissements de la région. De ce nombre, 34 % des rapports de déclaration d'incident ou d'accident concernaient les chutes alors que 29,6 % étaient dus à des erreurs entourant la médication.

Un des éléments marquants de l'année 2014-2015 a été la mise en place d'un nouveau formulaire de déclaration des incidents et des accidents, soit le AH-223. Ce dernier sert maintenant à tous les établissements, peu importe la mission. Après une période d'appropriation, l'utilisation de ce nouvel outil est maintenant bien implantée dans les établissements de la région.

Au plan du développement des compétences, l'Agence a tenu trois formations au cours de l'année : initiation à la gestion des risques, utilisation du formulaire AH-223 et outils d'analyse en gestion des risques. Plus d'une quarantaine de personnes ont suivi l'une ou l'autre de ces formations.

Comme par les années passées, à la demande des établissements de la région, l'Agence a eu recours à l'expertise d'une ressource externe spécialisée dans le domaine afin de soutenir les établissements sur les aspects cliniques, juridiques et organisationnels de la gestion des risques. Cette ressource a été à la disposition des établissements de la région afin de répondre aux questions et conseiller les gestionnaires de risques des établissements.

Il est à prévoir que la réforme en profondeur des structures que connaîtra le réseau à compter du 1er avril 2015 entraînera, du même coup, une reconfiguration des paramètres entourant la gestion des risques. À cet égard, nous devrons nous assurer de maintenir les plus hauts standards dans le domaine dans les différentes missions et installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Le Bureau du coroner fait enquête afin de déterminer les causes et les circonstances entourant tous les cas de décès obscurs ou violents qui surviennent au Québec. Celui-ci formule, par la suite, des recommandations visant à éviter la récurrence de ce type d'événement.

Pour l'année 2014-2015, nous avons reçu et traité trois rapports de coroner qui concernaient des décès survenus dans des établissements de la région du Bas-Saint-Laurent. Les causes de décès étaient reliées soit à des séquelles post-traumatiques, soit au système d'alarme relié à une personne sous contention ou soit à une péritonite qui n'a pu être diagnostiquée chez un patient.

Comme prévu, l'Agence s'est assurée que les recommandations des coroners soient prises en considération par les établissements concernés. Actuellement, un seul dossier fait toujours l'objet d'un suivi auprès d'un CSSS de la région.

3.5 La mission universitaire médicale au Bas-Saint-Laurent

CAMPUS CLINIQUE SATELLITE AU CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE

Le projet visant l'implantation d'un campus clinique satellite au CSSS de Rimouski Neigette, formalisé en novembre 2013 par la signature d'un contrat d'affiliation avec l'Université Laval, a atteint un bon niveau de maturité. Il permet d'offrir aux étudiants de plusieurs programmes en santé et services sociaux de l'Université Laval l'occasion d'effectuer un stage au CSSS de Rimouski-Neigette.

En médecine, le programme d'externat longitudinal intégré du CSSS de Rimouski-Neigette a permis l'accueil de 19 externes en 2014-2015. Pour la même année de référence, c'est un total de 1 451 semaines de stage qui ont été dispensées à l'externat et à la résidence en médecine familiale et en médecine spécialisée.

En plus des programmes de formation en médecine, le CSSS de Rimouski-Neigette connaît une croissance significative de l'accueil de stagiaires dans diverses disciplines, notamment en ergothérapie, kinésiologie, nutrition, orthophonie, pharmacie, physiothérapie, psychologie, service social et sciences infirmières. En considérant l'ensemble des stagiaires professionnels, techniques et de soutien en provenance d'une douzaine de maisons d'enseignement, c'est l'équivalent de plus de 40 étudiants à temps complet qui bénéficient de stages et utilisent les installations de l'établissement chaque jour.

UNITÉS DE MÉDECINE FAMILIALE

La région du Bas-Saint-Laurent dispose de deux unités de médecine familiale, soit l'UMF de Rimouski et l'UMF des Basques. Pour l'année 2014-2015, elles ont reçu respectivement 16 et 11 résidents en médecine familiale.

CONSORTIUM INTEREST SANTÉ

Le Consortium InterEst Santé, formé des agences de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord et de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine, ainsi que de l'Institut national de santé publique du Québec et de l'UQAR, a été impliqué dans plusieurs projets de recherche et de transfert des connaissances au cours de la dernière année. Ces nombreuses implications l'on conduit à tisser de nouveaux liens avec des chercheurs, gestionnaires et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et à réaliser diverses activités en lien avec sa fonction de courtage de connaissances, en région pour les régions.

3.6 L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

LE DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

De manière à répondre aux nombreux enjeux de santé de la population du Bas-Saint-Laurent, l'Agence et le réseau de la santé et des services sociaux placent au cœur de leurs préoccupations une main-d'œuvre en santé qualifiée et performante. Pour ce faire, une stratégie articulée autour des enjeux d'attraction, de rétention et de performance soutenue par des activités de concertation avec différents partenaires internes et externes est déployée.

PLANIFICATION DE MAIN-D'ŒUVRE

L'exercice de planification de main-d'œuvre revêt une grande importance pour notre région. Elle permet, depuis plusieurs années, d'avoir un portrait de l'état de situation, au 31 mars de chaque année, des effectifs ainsi que d'identifier et de prévoir les besoins de main-d'œuvre sur notre territoire.

Faits saillants

L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a élaboré son plan de main-d'œuvre régional selon le cycle de production du MSSS, et ce, à l'aide des plans locaux de main-d'œuvre des établissements de notre région. Celui-ci a été déposé au MSSS le 5 décembre 2014, accompagné d'un plan prévisionnel des effectifs permettant d'établir le surplus ou le manque de personnel actuel ainsi que le nombre de ressources requises à maintenir pour combler les besoins en personnel pour les trois prochaines années. Cette analyse s'est effectuée pour les douze titres d'emploi requis par le MSSS.

Chaque plan d'action local de main-d'œuvre 2014-2015 réalisé montre des niveaux de difficulté variant d'un établissement à l'autre. Nos prédictions des années antérieures se concrétisent, car nous avions anticipé avoir beaucoup plus de difficulté au cours des prochaines années pour combler les besoins dans certains titres d'emploi de notre territoire comme infirmière, infirmier, audiologiste, ergothérapeute, psychothérapeute, orthophoniste, pharmacienne et pharmacien.

En plus de la variable retraite, différentes variables sont apparues et ne facilitent pas les choses, à savoir la formation universitaire rehaussée avec des maîtrises obligatoires dans certains programmes et la popularité du baccalauréat en soins infirmiers.

La moyenne d'âge du personnel de notre région est de 41,84 ans, soit un rajeunissement par rapport aux années antérieures. Le renouvellement de la main-d'œuvre par les jeunes générations X, Y et Z, jumelées aux « baby-boomers », n'est pas sans apporter de divergences intergénérationnelles et son lot de particularités. Nous devons souligner la grandeur de notre territoire qui a un impact important lorsque l'on désire attirer de la main-d'œuvre en région.

De plus, les établissements de santé étant loin des centres de formation collégiaux et universitaires éprouvent davantage de difficultés que tous les autres.

Programme de bourses de recrutement

Le programme de bourses du MSSS s'est poursuivi pour les titres d'emploi se trouvant en situation de vulnérabilité considérant la situation du Bas-Saint-Laurent et considérant que certains programmes de formation universitaire ne sont pas disponibles dans notre région.

Ce levier assure la présence de professionnels en ergothérapie, orthophonie, psychologie, psychoéducation et physiothérapie pour un engagement de trois années à temps complet pour chaque candidat ayant été parrainé par un établissement de notre territoire. Le montant de chaque bourse est de 15 000 $, soit 12 000 $ par le MSSS et 3 000 $ par établissement (369 000 $ par le MSSS et 42 000 $ par les établissements).

Depuis la création de ce programme, notre région a été en mesure de recruter sept ergothérapeutes, deux orthophonistes, un physiothérapeute et quatre psychologues.

D'autre part, les primes de recrutement et de maintien à l'emploi et les forfaits d'installation pour les pharmaciens nous ont permis de combler trois postes à temps complet permanents sur notre territoire qui n'auraient pu être comblés autrement. Ceci nous permet d'assurer une continuité de services et d'éviter, par le fait même, le recours à des pharmaciens dépanneurs.

Mesures d'attraction, rétention

Grâce à notre plan d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre au Bas-Saint-Laurent, nous avons été en mesure de dégager plusieurs zones d'intervention et de priorités d'actions tant au niveau local que régional :

- Deuxième rendez-vous des métiers, avril-mai 2014;
- Personnel en soins infirmiers :
  - Mentorat, externat, ECOS, 270 000 $ à l'été 2014, soutien financier de l'Agence du Bas-Saint-Laurent;
- Préceptorat en soins infirmiers :
  - Dans le cadre du programme de soutien clinique, 8 CSSS ont élaboré un programme (soutien clinique de 30 minutes par semaine) pour les infirmières et infirmiers auxiliaires de moins de 2 ans d'expérience. Le soutien financier du MSSS a été de 259 719 $.

- Titularisation des postes, liens avec les maisons d'enseignement, valorisation des professions infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires, formation en cours d'emploi pour augmenter la qualité des soins;
- Personnel de la catégorie IV :
  - Embauche d'étudiants à l'été 2014, 88 380 $ qui est un soutien financier de l'Agence du Bas-Saint-Laurent;
- Coordination des stages en région;
- Présence dans les salons de l'emploi au Québec;
- Optimisation des médias sociaux;
- Procédures d'accueil et d'intégration;
- Développement des compétences.

Leviers

- Projet d'organisation du travail du MSSS;
- Réorganisation du travail par la délégation des tâches à d'autres titres d'emploi :
  - Physothérapeute : techniciens en réadaptation physique;
  - Pharmacie : assistantes techniques en pharmacie;
  - Infirmières : infirmières auxiliaires;
- Collaboration entre les établissements et les maisons d'enseignement;
- Gestion de la présence au travail;
- Projets d'organisation du travail : C'est au cours de l'année 2014-2015 que l'ensemble des projets d'organisation du travail a pris fin. Au total, 18 projets d'organisation du travail auront été mis en œuvre.

SERVICE RÉGIONAL EN PROMOTION ET PRÉVENTION DE LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS (SRPPST)

À la suite d'un consensus régional, des stratégies et des priorités d'actions ont été convenues et ont permis de légitimer les interventions du SRPPST.

Notre région a entrepris des actions importantes au niveau de la gestion de la présence au travail afin de faire diminuer le ratio d'heures en assurance salaire sur notre territoire. Pour ce faire, nous avons organisé des formations pour tous les intervenants des services de santé et sécurité du travail, ainsi que pour tous les gestionnaires sur le volet de gestion médicoadministrative des invalidités. Le programme PRATA Plus a axé ses interventions au niveau du volet musculo-squelettique afin de favoriser le retour au travail des travailleurs.

De plus, une conseillère régionale a été intégrée à l'équipe du SRPPST afin d'appuyer les intervenants des services de santé dans la gestion proactive des dossiers en assurance salaire et CSST. Sa présence a aussi permis de soutenir les établissements qui n'avaient plus de ressources en santé-sécurité au travail à la suite de certains départs.

La concertation des actions de tous les acteurs du service régional ainsi que les conseillers des établissements, autant sur le plan de la prévention, de la réadaptation que de la gestion rigoureuse au niveau médicoadministratif, a permis d'améliorer le taux régional de 5,15 % à 5,33 %. L'entente de gestion, pour l'année 2014-2015, prévoyait une cible régionale de l'ordre de 5,02 %.

D'autre part, ceci a permis de rendre disponible plus de personnel afin d'assurer une présence accrue au travail et, par le fait même, d'éviter des problématiques de remplacement, d'heures supplémentaires et d'épuisement professionnel.

Les motifs d'absence en assurance salaire, pour la région, se répartissent comme suit :

Motif	Pourcentage
Maladie	35 %
Chirurgie	13 %
Psychologie	12 %
Musculo-squelettique	28 %
Oncologie	5 %
Autres	1 %

ENTREPRISE EN SANTÉ

Au cours de l'année 2014-2015, la majorité des actions prévues au plan d'action se sont finalisées. Au cours du mois de mai, l'auditrice du Bureau de normalisation du Québec (BNQ) a réalisé un audit qui a permis à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent de maintenir sa certification Entreprise en santé Élite, confir-

maint la qualité du travail accompli par le comité de direction et le comité de santé et de mieux-être.

FORMATION

- **Formation pour le personnel syndiqué** : Différentes formations découlant du plan de formation national et régional ont été actualisées. À titre d'exemple, l'approche adaptée aux personnes âgées, en prévention des infections et le positionnement en mammographie.
- **Formation pour le personnel d'encadrement** : Au cours de l'année 2014-2015, le programme de formation ACE de l'Université du Québec à Chicoutimi, qui s'adressait majoritairement au personnel-cadre nouvellement en fonction, a poursuivi ses activités avec 10 formations portant sur différents thèmes. À ceci s'ajoutent la poursuite du programme régional de coaching et la réalisation d'un colloque à l'intention du personnel-cadre du Bas-Saint-Laurent.

3.7 Les systèmes d'information en appui à l'offre de service

3.7.1 L'accès, la circulation et l'intégration des informations cliniques

Bilan 2014-2015

Au niveau de la programmation d'activités à l'échelle de la région, les informations consignées dans les outils de gestion du Plan de gestion en ressources informationnelles montrent qu'il y avait un total de 54 projets inscrits à l'échelle régionale ou locale, dont 24 en phase de réalisation au cours de l'année 2014-2015 au Bas-Saint-Laurent. Les autres projets inscrits à la programmation étaient en phase de préparation ou en attente d'une autorisation ministérielle.

Du côté des grands projets structurants autorisés par le Ministère, l'Agence a poursuivi la mise en place du Dossier Santé Québec (DSQ) en déployant l'outil de consultation (visualiseur) DSQ dans les sites visés. L'Agence a également réalisé un accompagnement des pharmacies communautaires pour rendre disponible le visualiseur DSQ et accroître l'alimentation du domaine pharmacie par les pharmacies de la région. Ainsi, au 31 mars 2015, 107 sites ont bénéficié du déploiement de l'outil de consultation DSQ et 49 pharmacies ont débuté l'alimentation du domaine pharmacie, soit respectivement 94 % et 83 % des cibles fixées par le MSSS. Dans la même veine, le déploiement régional de la dictée numérique a débuté en décembre 2014 et fait partie intégrante du volet DSQ.

On peut également noter que les projets cliniques en cours de réalisation se sont poursuivis, notamment un système de gestion des infections nosocomiales et la mise en opération d'un index patients maître régional.

Durant cette même période, l'Agence a poursuivi son accompagnement des cabinets de médecins dans leur démarche de renouvellement de leur Dossier médical électronique (DME). En effet, les cabinets de médecins ont finalisé le choix du nouveau DME et ont conclu un contrat régional avec le fournisseur retenu. Les travaux préparatoires d'implantation du nouveau produit se sont déroulés sur une période de plus de 9 mois et se sont concrétisés par le déploiement du produit auprès de 13 GMF ou des cliniques médicales regroupant plus de 165 médecins et infirmières.

En ce qui concerne la mise en place du projet de Dossier clinique informatisé (DCI), la région a franchi une seconde étape importante en complétant la préparation et le dépôt au MSSS du Dossier d'affaires initial (DAI). Au cours de cette phase de travail, les équipes cliniques et technologiques ont validé les différentes composantes du produit recherché, les volumétries précalculées et les spécifications technologiques, ainsi que la définition des composantes d'un appel d'offres.

CHAPITRE

04

Organismes communautaires

4.1 Le contrôle de la conformité

Faits saillants

- Mise en place d'un comité de travail des seuils planchers;
- Structure d'analyse élaborée et implantée pour les demandes de reconnaissance et admissibilité au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC);
- Révocation du financement de la subvention PSOC pour un organisme qui ne satisfait pas aux exigences de la convention 2012-2015;
- Intervention pour la non-conformité de certains rapports d'activité 2013-2014;
- Information aux 31 organismes communautaires que leurs états financiers présentaient un surplus accumulé non affecté dépassant le 25 % autorisé. Une planification budgétaire a été demandée concernant l'affectation de ces surplus.

Perspectives

- Poursuite des travaux du comité de travail bipartite CISSS/Table régionale des organismes communautaires du Bas-Saint-Laurent portant sur les travaux à réaliser pour définir des seuils planchers, en lien avec le cadre de référence régional du programme;
- Catégorie des membres participants à redéfinir au comité permanent de liaison;
- Signature de la nouvelle convention de soutien financier 2015-2018;
- Correction et mise à jour du cadre de référence pour l'application du PSOC (2014);
- Accueil de l'organisme « L'Entraide le Rameau de Rimouski Inc. » en provenance du ministère de la Famille.

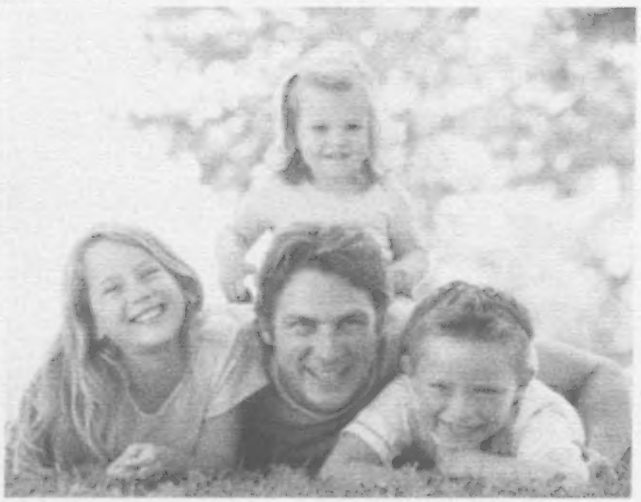
4.2 Le bilan des interventions réalisées

Faits saillants

- Ajouter une somme récurrente de 121 000 $ pour le développement des centres de jour communautaires;
- Rendre récurrentes les ententes spécifiques actuelles pour un montant de 609 651 $;
- Octroyer, par le biais du financement des projets spéciaux, la somme de 259 692 $ pour 68 projets communautaires.

Perspective

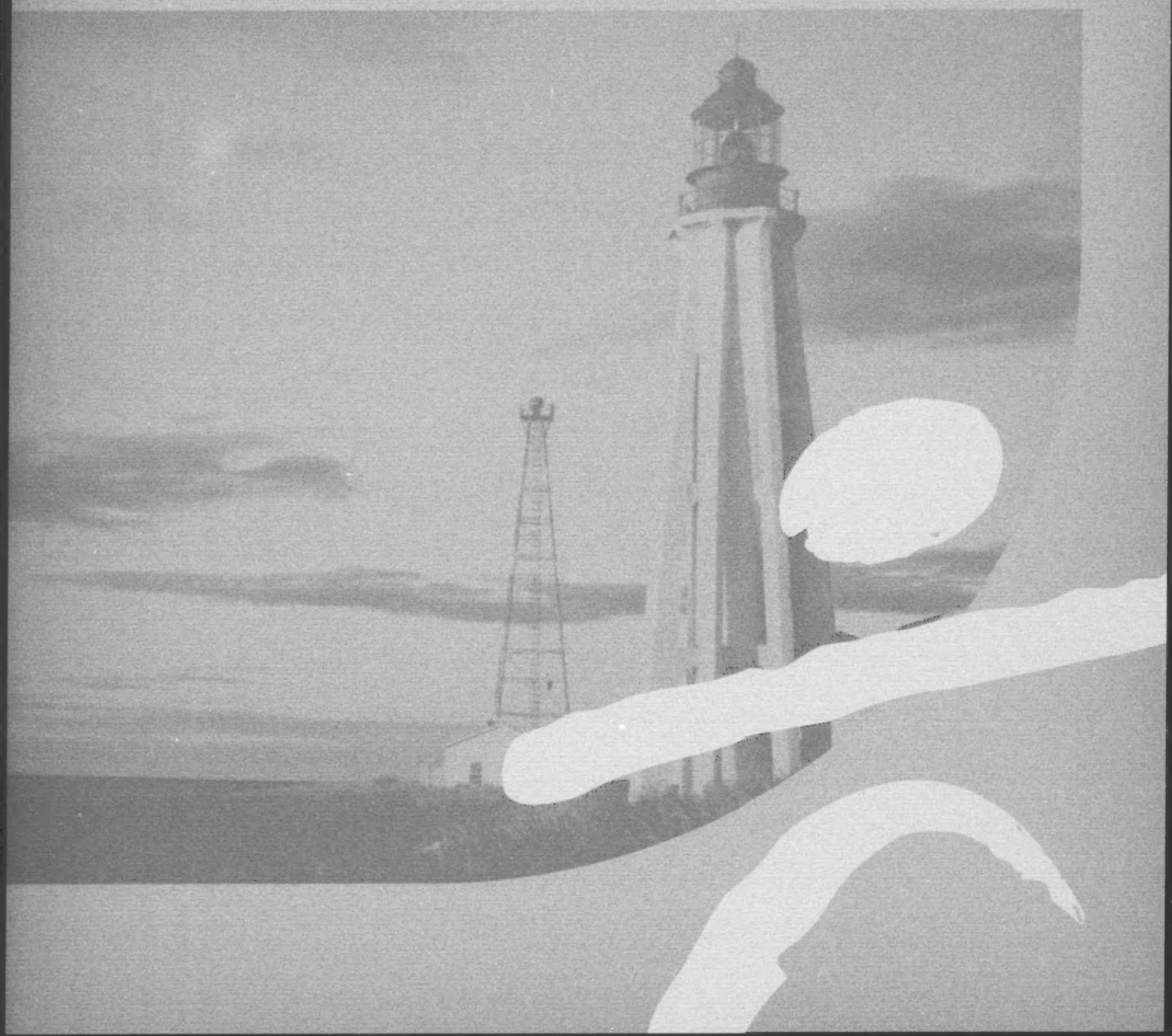
- Finaliser les signatures des ententes pour la mise en place de centres de jour communautaires.



CHAPITRE

05

Données financières 2014-2015



5.1 Les résultats financiers de l'Agence

RAPPORT DE LA DIRECTION SUR LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

Le rapport financier annuel du 31 mars 2015, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'Agence qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que toutes les pages du formulaire AS-475 (copie papier) et le fichier de format prescrit du rapport financier annuel du 31 mars 2015 transmis au Ministère soient identiques. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'Agence.

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'Agence conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux Normes canadiennes d'audit. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

11 juin 2015	Isabelle Malo	Isabelle Malo
Date	Nom	Signature de la présidente-directrice générale

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT[5]

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation des actifs financiers nets et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit avec réserve.

[5] Rapport de l'auditeur indépendant de la firme Mallette du 12 juin 2015.

Fondement de l'opinion

Comme l'exige le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410 - Paiements de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité mais non assortis de stipulations doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Opinion avec réserve

À notre avis, à l'exception des incidences du problème décrit dans le paragraphe de « Fondement de l'opinion avec réserve », les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs nets, des gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec) et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'Agence s'est conformée :

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.

Mallette s.e.n.c.r.l.

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Mont-Joli, Canada
Le 12 juin 2015

CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique A104996

ANNEXE AU RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT
ÉTATS FINANCIERS ET AUTRES INFORMATIONS FINANCIÈRES

NUMÉRO DU COMMENTAIRE	COMMENTAIRES

États des résultats des fonds d'exploitation des activités régionalisées et d'immobilisations

Nom de l'agence — Code

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent — 1498-5198

Fonds d'exploitation — Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉ

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget de fonctionnement 1	Activités principales – Exercice courant 2	Activités principales – Exercice précédent 3	Activités accessoires – Exercice courant 4	Activités accessoires – Exercice précédent 5
REVENUS DE SUBVENTION DU MSSS						
Budget signifié	01	6 102 314	6 228 349	6 478 525	14 573	63 158
(Diminution) ou augmentation du financement (cf. P.290-1)	02	53 292	28 682	44 410		
Variation des revenus reportés - MSSS	03		(19 500)		164 809	21 974
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04		xxxx		xxxx	
Total Subventions MSSS (L.01 à L.04)	05	6 155 606	6 237 531	6 522 935	179 382	85 132
AUTRES REVENUS						
Revenus de placements	06	10 000	19 189	18 180	27 886	27 486
Revenus de type commercial	07		xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources						
Ventes de services et recouvrements	08	158 469	354 456	216 161	48 546	64 841
Subventions - Gouvernement du Canada	09				62 409	
Autres revenus (cf. P.290-2)	10	251 042	142 638	149 591	72 000	
TOTAL DES REVENUS (L.05 à L.10)	11	6 573 047	6 753 813	6 906 847	350 223	177 463
CHARGES						
Salaires	12	3 685 021	3 638 597	3 670 180	17 928	
Avantages sociaux	13	979 570	1 228 975	1 021 288		
Charges sociales (cf. P.290-2)	14	547 686	558 337	581 855	1 970	
Frais de déplacement et représentation	15	101 800	75 748	101 382	xxxx	xxxx
Services achetés (cf. P.290-3 et 290-4)	16	299 200	384 153	387 773	105 713	149 226
Publicité et communication	17	121 000	143 375	171 495	698	451
Loyers	18	528 000	528 794	519 352		
Location d'équipement	19	1 000	1 112	1 031		
Fournitures de bureau	20	60 000	50 294	63 677	3 203	298
Dépenses de transfert	21				192 375	
Entretien et réparations	22	49 000	48 585	50 508		
Frais financiers	23					
Créances douteuses	24					
Autres charges	25	201 654	274 171	142 258		
Charges extraordinaires	26		xxxx	xxxx		
TOTAL DES CHARGES (L.12 à L.26)	27	6 573 047	6 930 151	6 890 987	321 855	149 973
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.11 - L.27)	28		(176 338)	15 860	28 368	27 490
Renseignement à titre informatif						
Contributions de l'avoir-propre (+)	29					
Transferts interfonds - En provenance						
du Fonds affectés (+)	30				xxxx	xxxx
du Fonds des activités régionalisées (+)	31				xxxx	xxxx
du Fonds de stationnement (+)	32					
Transferts interfonds - Affectations						
au Fonds d'immobilisations (-)	33		(111 588)	(93 815)		
au Fonds de stationnement (c/a 8810) (-)	34		xxxx	xxxx		
à d'autres fonds (-)	35					
Surplus (Déficit) après contributions et transferts interfonds (L.28 à L.35)	36		(287 926)	(77 955)	28 368	27 490

Nom de l'agence	Code
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	1408-5168
Fonds des activités régionalisées	Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉ

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	2 766 759	3 982 533
Variation des revenus reportés - MSSS	02	7 909	(7 909)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	03	xxxx	
FINESSS	04		
Contributions des établissements	05	241 958	224 720
Revenus de placements	06	5 242	4 994
Revenus d'autres sources			
Ventes de services et recouvrements	07	632 468	653 690
Subventions - Gouvernement du Canada	08	-	
Autres revenus (cf. P.291)	09	388 241	429 944
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.09)	10	4 242 624	5 341 107
CHARGES			
Salaires	11	2 342 952	1 794 526
Avantages sociaux	12	605 536	408 482
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS) - NFC	13	113 345	91 439
Charges sociales - autres	14	213 908	173 253
Frais de déplacement et de représentation	15	73 638	76 286
Services achetés (cf. P.291)	16	1 895 213	2 368 958
Publicité et communication	17	43 959	55 527
Loyers	18	160 602	160 017
Dépenses de transfert	19	35 950	
Fournitures de bureau	20	37 434	25 431
Entretien et réparations	21	794	4 412
Créances douteuses	22		
Autres charges (cf. P.291)	23	7 348	2 589
TOTAL DES CHARGES (L.11 à L.23)	24	5 228 027	4 820 919
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.10 - L.24)	25	(985 403)	520 188
Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir propre (+)	26		
Transferts interfonds - En provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	27		
du Fonds des activités régionalisées (+)	28		
de Fonds affectés (+)	29		31 763
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	30		
au Fonds des activités régionalisées (-)	31		
à des Fonds affectés (-)	32		
au Fonds d'immobilisations (-)	33	(1 408)	(19 946)
Autres transferts interfonds	34		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir propre et transferts interfonds (L.25 à L.34)	35	(986 811)	532 005

Nom de l'agence	Code
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	[illegible]

Fonds d'immobilisations — Exercice terminé le 31 mars 2010 - AUDITÉ

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Ministère de la santé et des services sociaux			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	[illegible]	[illegible]
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts	02	[illegible]	[illegible]
Autres subventions	03		
Revenus de placements	04		
Gains sur dispositions d'immobilisations	05		
Revenus d'autres sources			
Subventions - Gouvernement du Canada (cf. P.290)	06		
Contributions et dons (cf. P.290)	07		
Autres revenus (cf. P.290)	08		[illegible]
TOTAL DES REVENUS (L. 01 à L. 08)	09	[illegible]	[illegible]
CHARGES			
Frais financiers			
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette (cf. P.290)	10	[illegible]	[illegible]
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	12		
Dépenses d'immobilisations non capitalisées			
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13		
Services achetés (cf. P.290)	14		
Entretien et maintien des actifs	15		
Autres charges non capitalisées (cf. P.290)	16	[illegible]	[illegible]
Amortissement des immobilisations	17	[illegible]	[illegible]
Pertes sur dispositions d'immobilisations	18		
TOTAL DES CHARGES (L. 10 à L. 18)	19	[illegible]	[illegible]
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L. 09 - L. 19)	20	[illegible]	[illegible]
Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions en provenance du			
Fonds d'exploitation-activités principales (-)	21	[illegible]	[illegible]
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (-)	22		
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (-)	23		
Fonds des activités régionalisées (-)	24	[illegible]	[illegible]
Fonds affectés (-)	25	[illegible]	[illegible]
Fonds de stationnement (-)	26		
Contributions effectuées à d'autres fonds (-)	27		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions et affectations interfonds (L. 20 à L. 27)	28	[illegible]	[illegible]

États des soldes de fonds des fonds d'exploitation, d'immobilisations et des activités régionalisées

Nom de l'agence

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Fonds d'exploitation

SOLDE DE FONDS

[illegible]

Nom de l'organisme : Caisse
Agence de la santé et des services sociaux de Rio Saint-Laurent : 4000-4198

Fonds d'immobilisations
Fonds des activités régionalisées — Exercice terminé le 31 mars 2019 - AUDITÉ

BILAN DES FONDS

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
Actif de l'actif net (passif net) au début	01	208 745	241 966	1 703 796	1 741 186
Revenus (frais) de l'exercice					
Quote-part des contributions (frais) de la Table propre	02	(78 307)	(81 221)	205 972	162 610
Transferts entre fonds - Régularisations					
de l'actif d'exploitation (-)	précédent 2.B. 03	111 429	45 974		
de l'actif des activités régionalisées (-)	précédent 2.B. 04	1 208	10 946		
de l'actif affecté (-)	précédent 2.B. 05	1 057	(4 743)		(4 743)
de l'actif de stabilisation (-)	06			zéro	zéro
Transferts entre fonds - Affectations					
de l'actif d'exploitation (-)	précédent 2.B. 07				
de l'actif des activités régionalisées (-)	précédent 2.B. 08				
de l'actif affecté (-)	précédent 2.B. 09				
de l'actif d'immobilisations (-)	précédent 2.B. 10	zéro	zéro	(7 596)	(14 670)
Autres transferts interfonds	précédent				
Contribution de la Table propre (-)	11				
Autres variations (explications)	précédent				
Variation de l'exercice (L.02 à L.12)	14	(34 594)	(113 971)	205 972	162 610
Remboursements	précédent				
Actif de l'actif net (passif net) à la fin (L.01 + L.14 + L.15)	16	174 151	208 745	1 909 768	1 903 796

Bilan des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et des immobilisations

Nom de l'agence : Code :

Capitaux de la société à des services rendus au New Saint-Laurent 1000 0100

Fonds d'exploitation – Fonds des activités régionalisées Exercice clos le 31 mars 2019 – En dollars

En dollars

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice financier courant 1	Exercice financier précédent 2	Exercice financier courant 3	Exercice financier précédent 4
Actifs					
Encaisse	1	2 351 870	2 021 710	450 300	1 855 200
Placements temporaires	2				
Débiteurs					
Montants à recevoir du Trésor	3	9 000	9 000	15 000	15 000
Intérêts	4	4 000	4 000		
Remboursements publics à recevoir	5		35 111	14 100	2 000
Gouvernements du Canada	6				
Créances interfonds – prêts	7				
Autres débiteurs (note 3)	8	15 000	8 000	600 000	80 000
Frais payés d'avance	9			15 100	11 000
Stocks de fournitures	10				
Immobilisations et travaux en cours (note 4)					
Terrains, bâtiments	11	11 700	10 000	15 100	27 700
Autres éléments d'actif (note 3 et note 5)	12	2 000	2 000	80	1 000
Total des actifs	13	2 400 570	2 013 810	2 072 780	2 000 900
Passifs					
Découverts bancaires	14			45 000	55 000
Emprunts temporaires	15				
Comptes courants à payer	16				
Créditeurs et autres charges à payer					
Montants à payer (note 6)	17				
Remboursements publics (note 3 et note 6)	18	1 000	3 000	215 000	10 000
Intérêts courus	19				
Salaires courus à payer	20	27 700	30 000	27 000	30 000
Fonds des services de santé (FSS) – BPS à payer	21	8 000	5 000		
Autres créditeurs et charges à payer (note 7 et note 8)	22	350 000	344 000	55 000	40 000
Revenu reçu des montants versés (note 9 et note 10)	23	314 000	300 000	200 000	210 000
Revenus reportés – Gouvernements du Canada	24				
Autres revenus reportés (note 7 et note 8)	25	100 000	110 000	270 000	1 000
Dettes à long terme	26	2 000	2 000	2 000	2 000
Autres éléments de passif (note 7 et note 8)	27	30 000	5 700		
Total des passifs	28	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Actif net du fonds	29	1 000 000	1 000 000	50 000	1 000 000
Total – Passif et actif net du fonds (note 1)	30	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000

Nom de l'agence	Code
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	1466-5186

Fonds d'immobilisations — Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01		119 860
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	03	13 001 090	11 565 717
Débiteurs			
MSSS (cf. P.360)	04	202 368	185 245
Gouvernement du Canada	05		
Créances interfonds (préciser)	06		
Autres débiteurs (cf. P.297)	07	35 878	24 223
Frais payés d'avance	08		
Immobilisations	09	2 813 039	1 858 912
Subvention à recevoir - réforme comptable (cf. P.360)	10	22 108 796	26 105 651
Frais reportés liés aux dettes	11		
Autres éléments d'actif (cf. P.297)	12		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	38 161 171	39 859 608
PASSIF			
Découvert bancaire	14	79 700	
Emprunts temporaires (cf. P.367)	15	14 433 312	11 948 535
Intérêts courus à payer (cf. P.366)	16	202 368	185 245
Créditeurs et autres charges à payer			
MSSS (cf. P.360)	17		
Dettes interfonds (préciser)	18		
Salaires courus à payer	19		
Fonds des services de santé (FSS) - MFQ à payer	20		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P.297-1)	21	31 242	
Passif au titre des avantages sociaux futurs (cf. P.221-1)	22		
Avances de fonds des agences et des établissements publics	23		144 083
Revenus reportés - Gouvernement du Canada (cf. P.389)	24		
Autres revenus reportés (cf. P.389)	25		
Passifs environnementaux (cf. P.297-1)	26		
Dettes à long terme (cf. P.367)	27	23 165 938	27 293 600
Autres éléments de passif (cf. P.297-1)	28		
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.28)	29	37 912 560	39 571 463
SOLDE DE FONDS	30	248 611	288 145
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.29 + L.30)	31	38 161 171	39 859 608

État des résultats et bilan combiné des fonds affectés

Nom de l'agence	Code
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	1466-5186
Fonds affectés cumulés	Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01	2 206 150	1 774 183
Placements temporaires	02		
Débiteurs			
MSSS (cf. P.294)	03		153 664
FINESSS	04		
Établissements publics (cf. 294)	05		
Gouvernement du Canada	06		
Créances interfonds (préciser)	07		
Autres débiteurs (cf. 294-1)	08	14 528	60 627
Frais payés d'avance	09		
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	10		1 325
Placements de portefeuilles	11		
Autres éléments d'actif (cf. 294-1)	12	2 471	1 816
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	2 223 149	1 991 615

PASSIF			
Découvert bancaire	14	530	
Emprunts temporaires	15		
Intérêts courus à payer	16		
Créditeurs et autres charges à payer			
Établissements publics (cf. P.294-1)	17	22 777	23 574
Organismes	18		
Dettes interfonds (préciser)	19		
Salaires courus à payer	20	6 739	6 090
Fonds des services de santé (FSS) - MFQ à payer	21		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P.294-2)	22	507 979	603 176
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23		
Revenus reportés - MSSS (cf. 559)	24		
Revenus reportés - Gouvernement du Canada (cf. 559)	25		
Autres revenus reportés (cf. P.559)	26		
Autres éléments de passif (cf. P.294-2)	27		
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	538 025	632 840
SOLDE DE FONDS	29	1 685 124	1 358 775
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	2 223 149	1 991 615

Nom de l'agence	Code
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	1466-5186

Fonds affectés cumulés — Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Subventions MSSS	01	23 358 858	22 388 774
Crédits régionaux	02	25 000	40 000
Variation des revenus reportés - MSSS et FINESSS	03		
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04	xxxx	
FINESSS	05	3 298 414	3 235 199
Revenus de placements	06	33 316	32 236
Revenus d'autres sources			
Subventions Gouvernement du Canada	07		
Autres revenus (cf. P.293)	08	3 805 336	3 725 530
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	30 520 924	29 421 739
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	29 928 068	28 878 466
	11	xxxx	xxxx
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation			
Salaires	13	89 023	77 955
Avantages sociaux	14		
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS) - MFQ	15		
Charges sociales - Autres	16		
Frais de déplacement et de représentation	17	1 334	954
Services achetés (cf. P.293)	18		
Location d'équipement	19		
Fournitures de bureau	20		
Autres charges (cf. P.293)	21	172 213	360 077
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.21)	22	30 190 638	29 317 452
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.22)	23	330 286	104 287

État du solde de fonds combiné des fonds affectés

Nom de l'agence	Code
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	1466-5186

Fonds affectés cumulés — Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 358 775	1 320 993
Additions (déductions)			
Surplus (Déficit) de l'exercice	02	330 286	104 287
Transferts interfonds - EN provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	03		
du Fonds des activités régionalisées (+)	04		
de Fonds affectés (+) (préciser)	05		
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	06		
au Fonds des activités régionalisées (-)	07		(31 763)
à d'autres Fonds affectés (-) (préciser)	08		
au Fonds d'immobilisations (-)	09	(3 937)	(34 742)
Autres transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10		
Autres additions (déductions) (préciser)	11		
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	326 349	37 782
Redressements (préciser)	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 685 124	1 358 775

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - Partie 1 – AUDITÉE

1. CONSTITUTION ET MISSION

L'Agence est constituée en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Elle a pour mandat de veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui les dispensent.

Le siège social de l'Agence est situé à Rimouski. Un point de service est situé à Rivière-du-Loup.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

a. Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région sociosanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'Agence de la santé et des services sociaux, et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'Agence est fusionnée avec le CISSS du Bas-Saint-Laurent qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'Agence utilise prioritairement le Manuel de gestion financière établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le Manuel de gestion financière ne contient aucune directive, l'Agence se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public.

b. Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentés dans les présents états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels des estimations ont été utilisées et des hypothèses formulées sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir - réforme comptable et la provision relative à l'assurance salaire.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses

sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

c. La comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou à un décaissement.

d. Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

e. Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'agence bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'agence bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'agence bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites par l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

f. Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

g. Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

h. Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'agence cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

i. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

j. Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

k. Instruments financiers

En vertu de l'article 383 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux agences.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et pertes de réévaluation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet, la très grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi. De plus, les données financières des établissements et des agences sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1er avril 2016.

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

Cependant, leur juste valeur, les gains et les pertes non réalisés, les impacts sur les états financiers, y compris l'état des gains et pertes de réévaluation et l'amortissement selon la méthode du taux effectif sont présentés à la note complémentaire 5.

Par conséquent, l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuilles sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs - Agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme sont classées dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires.

ii. Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

iii. Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

iv. Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

v. Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

vi. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'agence à son rapport financier annuel.

l. Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance-salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les congés fériés.

i. Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance-salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iv. Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

m. Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location acquisitive	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

n. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

o. Comptabilité par fonds

Aux fins de présentation du rapport financier annuel, l'agence utilise le fonds d'exploitation, le fonds d'immobilisations, les fonds des activités régionalisées et les fonds affectés. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- Fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long

terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations;
- Fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations de l'agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs;
- Fonds affectés : fonds constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

p. Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation, le fonds d'immobilisations, les fonds des activités régionalisées et les fonds affectés ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation aux autres fonds.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

q. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'agence peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :
- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent des fonctions que l'agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.
- Activités accessoires : elles comprennent les fonctions qu'elle exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :
- Activités accessoires complémentaires : elles découlent des fonctions additionnelles que l'agence exerce en sus des fonctions qui lui sont confiées. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux;
- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à l'exercice des fonctions de l'agence.

r. Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'agence dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires au égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

s. Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

3. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), une agence doit maintenir l'équilibre entre ses prévisions budgétaires de revenus et ses charges. Cette exigence légale s'applique à l'ensemble des fonds.

Selon les résultats totaux fournis à la page 150 du rapport financier annuel AS-475 pour l'exercice clos le 31 mars 2015, l'agence n'a pas respecté cette obligation légale.

4. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 25 juin 2014 relativement aux fonds d'exploitation. Elles incluent également les données reliées aux fonds d'immobilisations, aux fonds des activités régionalisées et aux fonds affectés.

5. INSTRUMENTS FINANCIERS

a. Impacts sur les états financiers

L'agence ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

6. DETTES À LONG TERME

	Exercice courant	Exercice précédent
Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement pour un capital total de [illegible] $ à un taux de [illegible] %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement par versement en capital de [illegible] $, échéant en [illegible].	10 233 135 $	8 536 345 $
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de [illegible] $ à un taux variant de [illegible] % à [illegible] %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement par versement en capital de [illegible] $, échéant entre [illegible] et [illegible].	8 177 064 $	13 042 469 $
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de [illegible] $ à un taux variant de [illegible] % à [illegible] %, garanti par le gouvernement, remboursable annuellement par versement en capital variable échéant en [illegible].	1 755 739 $	2 652 780 $
	23 165 938 $	27 293 600 $

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	$
2015-2016	4 216 660 $
2016-2017	7 036 828 $
2017-2018	3 420 418 $
2018-2019	6 913 972 $
2019-2020	221 606 $
2021 et subséquents	1 198 381 $
Total	**23 165 939 $**

7. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie [illegible] et de vacances		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
Inflation	1 %	
Accumulation des congés de vacances, maladie et fériés pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances, maladie et fériés pour les cadres et hors-cadres	8,65 %	8,65 %

Le tableau suivant explique la variation annuelle des provisions composant les passifs au titre des avantages sociaux

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

8. IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

9. GESTION DES RISQUES FINANCIERS

[illegible]

a. Risque de crédit

[illegible]

L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentés à l'état d'actifs financiers à l'état de la situation financière.

	Exercice courant	Exercice précédent
[illegible]	5 648 580 $	6 475 629 $
[illegible]	395 425 $	528 056 $
[illegible]	947 982 $	1 048 993 $
[illegible]	6 466 $	7 404 $
Total	47 960 453 $	46 555 458 $

Le risque de crédit associé à l'encaisse est réduit au minimum. En effet, l'agence a négocié une entente auprès de son institution financière prévoyant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation reconnues, afin d'en retirer un revenu d'intérêts raisonnable sur les liquidités dans les comptes de banque.

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS, aux avances de fonds aux agences et aux établissements publics ainsi qu'à la subvention à recevoir (passif d'avances) – réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec ou court d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les XX jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs et aux autres éléments d'actifs financiers est faible, car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, d'autres agences, de groupes de médecine de famille (financés par la RRSSS), du G.U.I.C.I.S., d'un autre ministère relevant du gouvernement du Québec et des remboursements de taxes provinciales et fédérales qui jouissent d'une bonne qualité de crédit.

Afin de réduire ce risque, l'agence s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Elle fait parvenir des états de compte aux débiteurs et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection s'il y a lieu. Elle analyse régulièrement la solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en tenant tout calcul de réalisation estimatives compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2019, les comptes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient XX % pour le présent exercice et XX % pour l'exercice antérieur du montant total recouvrable.

La chronologique des autres débiteurs au 31 mars se présente comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
[illegible]	70 125 $	668 758 $
[illegible]	89 895 $	54 600 $
[illegible]	834 554 $	12 234 $
[illegible]	25 452 $	
Total	947 982 $	1 048 993 $

Il n'y a pas de provision pour créances douteuses.

b. Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'agence ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'elle ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au montant approché et à un prix raisonnable.

L'agence gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant la solde de ses encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

Elle est donc exposée au risque de liquidité notamment aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les autres créditeurs et autres charges à payer, les dettes à long terme, le passif au titre des avantages sociaux futurs, les revenus reportés et les autres éléments de passifs.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit sans échéance prédéterminée. Les emprunts sont préautorisés par le MFQD et sont en charge par le Fonds de financement qui procède à leur remboursement le 31 septembre et le 31 mars de chaque exercice. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par les MFQD. Le risque de liquidité est faible pour le passif au titre des avantages sociaux futurs, car celui-ci est financé par une contribution à recevoir confirmée par le gouvernement du Québec, pour les revenus reportés et les autres éléments de passif. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésoreries contractuels relativement aux autres créditeurs et les autres charges à payer sont les suivants :

	Valeur comptable	Valeur marchande
[illegible]	2 469 057 $	2 178 589 $
[illegible]	$	$
[illegible]	$	$
[illegible]	$	
[illegible]	$	$
Total	2 469 057 $	2 178 589 $

10. OPÉRATIONS AVEC APPARENTÉS

L'opérateur est apparentée avec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les autres entités publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumises à un contrôle conjoint. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section MSG au (10, p.5).

L'opérateur n'a conclu aucune opération commerciale avec ses apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées à la section MSG au (10, p.5).

5.2 Les allocations des ressources financières aux établissements

BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SUR UNE BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE FINANCIER PRÉCÉDENT

Établissements publics	2014-2015	2013-2014
CSSS de Kamouraska	39 534 072 $	40 102 558 $
CSSS de Rivière-du-Loup	92 600 305 $	90 023 476 $
CSSS de Témiscouata	35 454 238 $	33 647 316 $
CSSS des Basques	14 467 359 $	14 517 147 $
CSSS de Rimouski-Neigette	168 128 786 $	164 457 178 $
CSSS de La Mitis	43 155 954 $	41 481 926 $
CSSS de La Matapédia	36 440 349 $	35 778 685 $
CSSS de Matane	44 211 123 $	44 010 862 $
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	32 121 256 $	31 122 677 $
CRDITED du Bas-Saint-Laurent	30 741 965 $	30 549 324 $
TOTAL	**536 855 407 $**	**525 691 149 $**

SURPLUS OU DÉFICITS D'EXPLOITATION DE L'ANNÉE DE CHACUN DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SUR UNE BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE FINANCIER PRÉCÉDENT

Établissements publics	2014-2015	2013-2014
CSSS de Kamouraska	(463 152) $	395 087 $
CSSS de Rivière-du-Loup	(708 057) $	381 099 $
CSSS de Témiscouata	40 578 $	(169 772) $
CSSS des Basques	330 631 $	412 615 $
CSSS de Rimouski-Neigette	1 309 861 $	661 143 $
CSSS de La Mitis	571 267 $	584 222 $
CSSS de La Matapédia	448 794 $	666 340 $
CSSS de Matane	18 607 $	172 727 $
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	55 623 $	760 687 $
CRDITED du Bas-Saint-Laurent	48 099 $	514 849 $
TOTAL	**1 652 251 $**	**4 378 997 $**

OBJECTIFS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Depuis plusieurs années, des efforts considérables sont déployés afin de maintenir l'équilibre budgétaire. En 2014-2015, l'adoption du projet de loi n° 10 a entraîné la comptabilisation de certaines charges non récurrentes. En effet, ces engagements ont particulièrement fragilisé la situation financière des établissements du Kamouraska et de Rivière-du-Loup. Au total, huit des dix établissements de la région ont atteint l'équilibre budgétaire pour l'exercice financier 2014-2015, le résultat d'exploitation régional s'établissant à 1 652 251 $.

5.3 Les allocations financières versées aux organismes communautaires – L'enveloppe régionale de crédits

ORGANISMES DE PROMOTION ET DE SERVICES

ORGANISMES	Enveloppe 2014-2015	Enveloppe 2013-2014
MRC DE KAMOURASKA		
Carrefour des jeunes de La Pocatière	88 452 $	87 663 $
L'Association des personnes handicapées du Kamouraska Est inc.	45 354 $	44 949 $
Quartier-jeunesse 1995	88 450 $	87 661 $
La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances	238 321 $	234 814 $
Association pocatoise des personnes handicapées inc.	45 354 $	44 949 $
Maison de la famille du Kamouraska	14 432 $	14 303 $
Centre d'action bénévole Cormoran inc.	154 216 $	193 048 $
Services Kam-Aide inc.	172 340 $	169 322 $
Association Kamouraskoise en santé mentale La Traversée	134 641 $	113 663 $
Tandem-Jeunesse	313 617 $	286 043 $
Arc-en-ciel du cœur	33 355 $	33 057 $
Moisson Kamouraska	62 477 $	63 510 $
Centre-Femmes, La Passerelle du Kamouraska	191 730 $	194 780 $
TOTAL - KAMOURASKA	**1 582 739 $**	**1 567 762 $**
MRC DE RIVIÈRE-DU-LOUP		
Centre-femmes du Grand-Portage	194 188 $	194 841 $
Les Grands Amis du KRTB	33 355 $	33 057 $
Carrefour d'initiatives populaires de RDL	71 351 $	70 298 $
La Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	82 024 $	101 292 $
Justice alternative du KRTB inc.	161 449 $	160 009 $
La Maison des jeunes de Saint-Épiphane	73 220 $	72 567 $
Association des stomisés du Grand-Portage	10 251 $	10 160 $
Trajectoires hommes du KRTB	208 095 $	203 860 $
Association Multi-défis	64 979 $	64 399 $
Centre d'action bénévole des Seigneuries inc.	371 125 $	365 295 $
Comité d'accompagnement La Source inc.	33 355 $	33 057 $
Ass. québécoise de la dysphasie, région Bas-St-Laurent	36 875 $	36 546 $
Centre prévention suicide du KRTB	167 619 $	168 887 $
ROCASM du Bas du Fleuve	0 $	14 172 $
Centre d'entraide l'horizon de Rivière-du-Loup	155 825 $	124 703 $
La Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	434 987 $	436 707 $

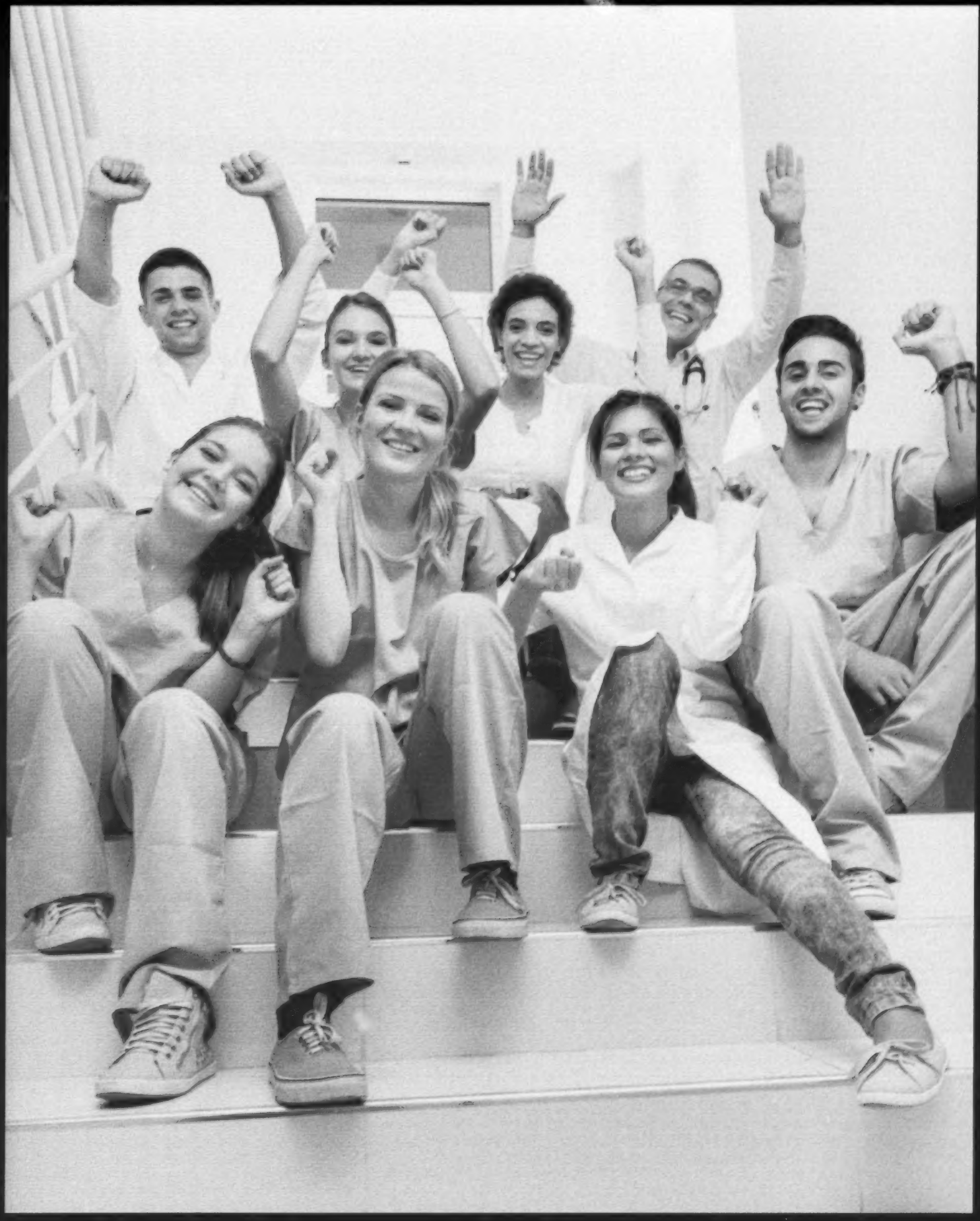
ORGANISMES	Enveloppe 2014-2015	Enveloppe 2013-2014
MRC DE RIVIÈRE-DU-LOUP (suite)		
Centre-jeunes de Cacouna	40 278 $	39 919 $
Corporation du comité jeunesse	39 738 $	29 383 $
Les Diabétiques amis du KRTB	42 491 $	35 373 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du KRTB	128 300 $	128 533 $
Fond. Maison Desjardins KRTB	0 $	360 000 $
TOTAL - RIVIÈRE-DU-LOUP	**2 349 505 $**	**2 683 058 $**
MRC DE TÉMISCOUATA		
Association de personnes handicapées Entre-Amis du Témiscouata	64 025 $	63 454 $
Centre de femmes du Témiscouata	189 452 $	187 762 $
Le Centre de femmes du Ô-Pays	189 693 $	188 003 $
L'Autre-Toit du KRTB	657 145 $	650 580 $
Maison des jeunes « le coin de Dégelis »	63 967 $	63 396 $
Centre d'action bénévole région Témis inc.	367 497 $	413 083 $
Maison de la famille du Témiscouata	14 190 $	14 063 $
Source d'espoir Témis inc.	142 781 $	116 730 $
Place des jeunes de Squatec	43 975 $	43 583 $
Cuisines collectives de Dégelis	33 208 $	30 972 $
Maison des jeunes Pirana	38 072 $	37 732 $
Maison Entre-Deux de Cabano	38 072 $	37 732 $
Cuisines collectives du Haut-Pays	32 915 $	32 304 $
Cuisines collectives de Cabano	61 642 $	42 236 $
Maison des jeunes « La Piôle »	26 009 $	25 777 $
TOTAL - TÉMISCOUATA	**1 962 643 $**	**1 947 407 $**
MRC DES BASQUES		
Association de personnes handicapées l'Éveil des Basques inc.	65 854 $	65 267 $
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	196 013 $	187 763 $
Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	86 848 $	86 073 $
Centre d'action bénévole des Basques inc.	114 556 $	136 154 $
Périscope des Basques	108 152 $	84 987 $
Logis-Aide des Basques	99 493 $	98 583 $
Ressources familles des Basques	0 $	3 504 $
Cuisine collective des Basques	30 903 $	27 498 $
TOTAL - LES BASQUES	**701 819 $**	**689 829 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2014-2015	Enveloppe 2013-2014
MRC DE RIMOUSKI-NEIGETTE		
Loisirs de jeunesse de Rimouski inc.	368 565 $	361 115 $
Centre femmes de Rimouski	189 555 $	187 864 $
Les Grands Amis de Rimouski	43 188 $	42 803 $
Association de la déficience intellectuelle (Région de Rimouski)	36 355 $	33 057 $
Maison des jeunes de Rimouski	111 968 $	110 969 $
Centre d'action bénévole région de Rimouski	213 422 $	287 264 $
La Débrouille	723 794 $	717 338 $
Popote le gourmet roulant inc.	14 253 $	26 695 $
Fonds jeunesse BBR inc.	207 491 $	205 640 $
La Maison des jeunes du Bic	82 024 $	81 292 $
Regroupement des dynamiques de Rimouski	39 144 $	23 929 $
Association canadienne pour la santé mentale, filiale du Bas-du-Fleuve	267 318 $	230 246 $
Le Répit du passant	289 856 $	287 271 $
Association du cancer de l'Est du Québec	575 188 $	401 852 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	268 841 $	266 059 $
Association des personnes handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	109 726 $	106 963 $
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	205 695 $	209 044 $
Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi	40 820 $	40 456 $
La Maison des jeunes de Pointe-au-Père	47 640 $	47 215 $
Coup de main à domicile de Rimouski	202 981 $	203 721 $
Maison des familles de Rimouski-Neigette	0 $	13 783 $
Moisson Rimouski-Neigette inc.	78 569 $	60 231 $
Arrimage, Centre de réhabilitation alcoolisme et toxicomanie	321 757 $	314 689 $
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	117 928 $	116 876 $
Mouvement action communautaire Bas-Saint-Laurent	113 296 $	116 786 $
Centre de prévention suicide et intervention de crise du BSL	917 679 $	897 609 $
PLAIDD du Bas-du-Fleuve	199 172 $	197 845 $
Regroupement des org. communautaires en santé mentale Bas du Fleuve	28 300 $	0 $
La Lueur de l'Espoir du Bas-Saint-Laurent inc.	255 999 $	252 972 $
M.A.I.N.S. Bas-Saint-Laurent	106 150 $	105 292 $
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	65 922 $	65 334 $
Diabète Bas-Saint-Laurent inc.	42 908 $	42 525 $
Ressource d'aide aux personnes handicapées du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	27 224 $	26 981 $
Aux Trois Mâts	103 354 $	96 346 $
Centre périnatal Entre Deux Vagues	213 210 $	211 308 $
Répit-Loisirs Autonomie	153 672 $	98 288 $
Société canadienne de la sclérose en plaques	18 896 $	18 727 $
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	22 235 $	25 037 $
Autisme de l'Est-du-Québec	99 999 $	99 107 $
Association de fibromyalgie BSL	0 $	11 989 $

ORGANISMES	Enveloppe 2014-2015	Enveloppe 2013-2014
MRC DE RIMOUSKI-NEIGETTE (suite)		
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA)	12 986 $	12 870 $
Association des Soins palliatifs de l'Est-du-Québec (ASPEQ)	0 $	420 000 $
Autres organismes	244 250 $	24 230 $
TOTAL - RIMOUSKI-NEIGETTE	**7 181 330 $**	**6 982 603 $**
MRC DE LA MITIS		
Centre d'action bénévole de La Mitis	178 019 $	208 976 $
Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	61 999 $	61 446 $
La Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	190 886 $	189 183 $
Unité Domrémy de Mont-Joli	78 702 $	79 527 $
Les Bourgeons de La Mitis	171 890 $	170 394 $
La Maison des tournesols	147 965 $	121 868 $
La Maison de l'Espoir de Mont-Joli inc.	274 110 $	271 665 $
Pivot-Famille Mitis	13 857 $	13 733 $
Centre femme de La Mitis	189 450 $	187 760 $
Société Parkinson BSL	10 764 $	10 668 $
TOTAL - LA MITIS	**1 317 642 $**	**1 432 235 $**
MRC DE LA MATAPÉDIA		
Les Amirams de la Vallée inc.	65 660 $	62 002 $
Centre d'action bénévole de la Vallée de La Matapédia	139 384 $	165 386 $
La Jeunathèque d'Amqui inc.	105 854 $	104 910 $
La Maison des jeunes de Sayabec	82 024 $	81 292 $
La Maison des jeunes de Causapscal	75 720 $	75 467 $
Centre de femmes de la Vallée de La Matapédia inc.	192 690 $	189 920 $
Grands Amis de la Vallée	39 248 $	31 960 $
Rayon de partage en santé mentale	134 345 $	111 870 $
Aide-Maison Vallée de La Matapédia	154 030 $	150 669 $
Moisson Vallée Matapédia	59 453 $	67 815 $
La Maison des jeunes de Val-Brillant	39 991 $	39 634 $
Centre Éclosion inc.	11 118 $	14 019 $
TOTAL - LA MATAPÉDIA	**1 099 517 $**	**1 094 944 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2014-2015	Enveloppe 2013-2014
MRC DE LA MATANIE		
L'Association des handicapés gaspésiens	61 821 $	61 270 $
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	132 981 $	169 425 $
La Gigogne inc.	693 339 $	685 508 $
Maison des jeunes de Matane	111 968 $	110 969 $
La Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	53 747 $	53 268 $
Regroupement des femmes de la région de Matane	194 450 $	187 760 $
Centre régional ADH « Le Tremplin »	288 058 $	282 493 $
Les Grands Amis de la région de Matane	33 355 $	33 057 $
Les Services à domicile de la région de Matane	192 486 $	209 189 $
La Cuisine collective de la région de Matane	48 259 $	47 293 $
Centre alternatif en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	140 044 $	114 018 $
Société Alzheimer du Bas-Saint-Laurent	153 029 $	170 280 $
Relais Santé (Matane)	60 273 $	59 798 $
TOTAL - MATANIE	**2 163 810 $**	**2 184 328 $**
SOUS-TOTAL PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES :	**18 359 005 $**	**18 582 166 $**
MRC AUTRES		
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	53 430 $	52 346 $
TOTAL - MRC AUTRES	**53 430 $**	**52 346 $**
TOTAL GLOBAL :	**18 412 435 $**	**18 634 512 $**
ORGANISMES SUBVENTIONNÉS*	**130**	**133**

* Il peut arriver que l'on dénombre moins d'organismes puisque ceux-ci sont classés par siège social et non par programme. De plus, cette liste n'est pas exhaustive de toutes les sommes allouées aux organismes, elle ne dénombre que les montants octroyés par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).



Annexe I
Annexe II

ANNEXES

Annexe I

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

Adopté par le conseil d'administration le 12 mars 2014

PRÉAMBULE

L'administration d'une agence de la santé et des services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* édicte l'obligation, pour les membres des conseils d'administration des agences de la santé et des services sociaux, de se doter d'un Code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du *Code civil du Québec* (L.R.Q., c. C-1991), stipule que :

Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence ou, selon le cas, de l'ensemble des agences qu'ils administrent et de la population desservie.

Le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent s'inscrit dans le cadre de la mission ultime de l'Agence qui consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent, et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les professionnels qui les dispensent. De plus, le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent met l'emphase sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent est guidée par sa vision ainsi que ses valeurs qui sont la collaboration, la cohésion, la cohérence et le respect.

Ces valeurs et cette vision sont énoncées dans le plan stratégique pluriannuel de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Également, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du conseil d'administration de l'Agence.

En effet, ce Code :

1° Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
2° Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
3° Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
4° Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
5° Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent Code s'applique à tout administrateur de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*, L.R.Q., c. C-1991;
- Articles 397, 397.0.1, 397.0.2 (131, 132.3, 133), 397.1, 397.2, 397.3, 398.1 (150), 400 (154 et 155), 401 à 406, 407 (172, 172.1, 174, 181 à 181.0.0.3, 234 et 235), 197, 198, 199, 200, 201, 408 à 413 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, L.R.Q., c. M-30.

ARTICLE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent *Code*, les termes suivants signifient :

a) **Administrateur :** un membre du conseil d'administration de l'Agence nommé par le ministre;
b) **Code :** le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Agence élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration;
c) **Comité de discipline :** le comité de discipline institué par le conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;
d) **Comité de gouvernance et d'éthique :** le comité de gouvernance et d'éthique de l'Agence ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;
e) **Conflit d'intérêts :** désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;
f) **Conjoint :** une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16;
g) **Conseil d'administration :** désigne le conseil d'administration de l'Agence;
h) **Entreprise :** toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Agence;
i) **Agence :** désigne l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent;
j) **Famille immédiate :** aux fins de l'article 397.0.2 (131) (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate du président-directeur général ou d'un cadre supérieur de l'Agence, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;
k) **Faute grave :** résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration de l'Agence;
l) **Intérêt :** désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;

m) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;

n) **Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2, une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions au regard aux intérêts de l'Agence;

o) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;

p) **Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Agence, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Agence ou à l'Agence elle-même. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration de l'Agence, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Agence participe.

ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique réfèrera aux sens dans la dynamique des valeurs telle qu'être compétent, responsable et juste[1].

3.1 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait un personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'Agence et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.

3.2 L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.

3.3 L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.

3.4 L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

3.5 L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.

3.6 L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Agence.

3.7 L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Agence.

3.8 L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Agence en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans le présent cas, celle d'administrateur[2].

Disponibilité et participation active

4.1 *4.1* L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

---

[1] ASSOCIATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Éthique et directeur général, février 1987, p. 5.

[2] AGESSS, *Déontologie et éthique – définitions*, Fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

Respect

6.2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

6.3 L'administrateur agit de manière courtoise et empathique à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la considération et la professionnalisme.

6.4 L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le fonctionnement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du conseil d'administration. Il respecte toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence.

Soin et compétence

6.5 L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Agence.

Neutralité

6.6 L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision tout ce suit.

6.7 L'administrateur doit placer les intérêts de la région et de l'Agence avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

6.8 L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

6.9 L'administrateur partage avec les membres du conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du conseil d'administration.

Discrétion et confidentialité

6.10 L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de réserve pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Agence, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer à une personne physique ou morale un avantage indu.

6.11 L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Agence.

6.12 L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

Relations publiques

6.13 L'administrateur respecte la politique de l'Agence sur les relations avec les médias.

Charge publique

4.05 L'administrateur informe le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

4.06 L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à laquelle pleut. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Exercice de certaines de l'Agence

4.10 L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre ses biens de l'Agence avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Agence.

4.07 L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Avantages et cadeaux

4.10 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, sauf s'il y est autorisé, un cadeau, un avantage ou un bénéfice, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou bénéfice, pour lui-même ou pour une personne liée de l'Agence, dans l'exercice de ses fonctions ou de manière à compromettre son intégrité.

4.10 L'administrateur [illegible] un avantage contraire au présent Code est remboursé envers l'Agence de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

4.09 L'administrateur s'abstient d'influencer dans le processus d'embauche de personnes avec lesquelles il a des liens sur les sommes de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).

4.07 L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

ARTICLE V – OBLIGATIONS PROFESSIONNELLES

5.1 L'administrateur exerce à titre d'administrateur indépendant doit démissionner par écrit au conseil d'administration, dans les plus courts délais, toute situation susceptible d'affecter son statut.

ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS

6.1 L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans un progrès entaché d'un biais, d'une apparence de conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation où le sérieux risque d'affecter son jugement. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts ou préjugés sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou détriment de l'Agence ou à trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

6.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ne pas être ou paraître mettre à l'exercice de ses fonctions en tenant des intérêts incompatibles. À cet égard, il doit prendre les dispositions nécessaires pour se conformer aux dispositions du présent Code.

6.3 L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions portant une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance, pouvant résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent **notamment** constituer des conflits d'intérêts.

a) [illegible]
b) [illegible]
c) [illegible]
d) [illegible]
e) [illegible]

6.4 L'administrateur doit déclarer et décrire tout conflit au conseil d'administration lors [illegible] personne qui a ou dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de services ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Agence en remplissant le Formulaire de l'Annexe II du présent Code.

6.5 L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou associé d'une personne physique qui fait un conflit ont intérêt personnel, sera au moyen d'administrateur ou des Agence sur l'administrateur tout, sous peine de déchéance de sa charge, déclarer par écrit son intérêt au comité.

6.6 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts doit s'abstenir de participer à toute [illegible] d'une matière au conseil d'administration doit sur la charge déclarer cette situation au conseil d'administration avec l'aide déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

6.7 Toute personne, consultée à un moyen relevant de celle qui un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ou même de façon [illegible] ou temporaire, doit informer cette situation sans délai au président du conseil d'administration ou, si ce dernier est lui-même en [illegible] directeur général. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander la nécessaire [illegible] de mesure appropriée ou la tenue d'une enquête par un comité de discipline. Le Comité de gouvernance et d'éthique tient, de cet échange, son rapport écrit au moment au conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception de signalement.

ARTICLE 7.0 – FIN DU MANDAT

7.1 Malgré [illegible] de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé, sauf en matière [illegible] d'intérêt ou de confidentialité.

7.2 L'administrateur doit, après [illegible] de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, délibéré, échange et décision dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions [illegible] du conseil d'administration.

7.3 L'administrateur qui a cessé d'exercer ou chargé doit ses conjoints de travaux qu'il est tenu d'accomplir même, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

7.4 À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Agence pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

7.5 L'administrateur ci-devant, dans l'année suivant la fin de son mandat, ne solliciter un emploi auprès de l'Agence.

ARTICLE 8.0 – APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au Code

8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à accepter les [illegible] et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que toute [illegible].

8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit présenter l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit faire de même [illegible] après son entrée en fonctions.

8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Agence.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

8.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Agence a pour fonctions de :

a) Élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);
b) Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
d) Conseiller les membres du conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;
e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
f) Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
g) Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Comité de discipline

8.3.1 Le conseil d'administration forme, au besoin, un comité de discipline composé de trois (3) membres et d'un membre substitut nommés par et parmi les administrateurs de l'Agence. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant.

8.3.2 De plus, le comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Agence. Une personne cesse de faire partie du comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.

8.3.3 Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.

8.3.4 Le comité de discipline a pour fonctions de :

a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
b) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
c) Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE

9.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

9.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code.

9.3 Le Comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du comité de discipline.

9.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

9.5 Le comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

9.6 Tout membre du comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

9.7 Le comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.

9.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

9.9 Le comité de discipline transmet son rapport au conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) Un état des faits reprochés;
b) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;
d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

9.10 En application de l'article 9.9 d) du présent Code, le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

9.11 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

9.12 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur de même que la décision de le relever de ses fonctions doivent être écrites et motivées.

9.13 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.

9.14 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Agence, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (L.R.Q., c. A-21.1).

ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE

10.1 L'Agence doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.

10.2 Le rapport annuel de gestion de l'Agence doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année, s'il y a lieu, par le comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le conseil d'administration, ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES

11.1 Entrée en vigueur

11.1.1 Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration de l'Agence.

11.2 Révision

11.2.1 Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Agence tous les quatre (4) ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent. Cette révision doit également s'appuyer sur la réalisation d'une démarche de réflexion éthique visant l'appropriation des dispositions du Code et des considérations éthiques par les administrateurs.

ANNEXE I
(ARTICLE 8.1.2 DE CE CODE)

Engagement personnel et affirmation d'office de l'administrateur

Je, soussigné(e), _____, administrateur du conseil d'administration de l'Agence
Nom de l'administrateur
de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, déclare avoir pris connaissance du Code applicable aux administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me
Date de l'adoption
déclare lié(e) par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs. J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie
Nom de l'administrateur
des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature de l'administrateur	Date	Lieu

_____	_____
Nom du témoin	Signature du témoin

ANNEXE II
(ARTICLE 6.4 DE CE CODE)

Déclaration des intérêts d'un administrateur

Je, soussigné(e), _____, administrateur de l'Agence de la santé et des services sociaux du
Nom de l'administrateur
Bas-Saint-Laurent, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat avec l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non et qui est partie à un contrat avec ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ou organismes concernés.

3. J'occupe l'emploi(s) chez l'employeur(s) identifié(s) ci-après.

Emploi	Employeur
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

_____	_____	_____
Signature de l'administrateur	Date	Lieu

Annexe II

BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE L'ANNÉE FINANCIÈRE 2014-2015

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

L'information contenue dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relève de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats à la fin de l'année financière de l'exercice 2014-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- présentent les engagements et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2014-2015.

Signé à Rimouski, le 3 juin 2015

Isabelle Malo
Présidente-directrice générale

DIRECTION GÉNÉRALE : CANCÉROLOGIE		
Priorité	**Résultats 2014-2015**	**État d'avancement des travaux**
Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	Le déploiement des mesures prévues au cadre de référence	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Programme québécois de cancérologie	Entente de service écrite	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Commentaires

Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)

Le CSSS de Rivière-du-Loup continue ses travaux à titre de site de démonstration du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR). Le but est d'assurer l'accès à la coloscopie à toutes les personnes qui requièrent cet examen en fonction des normes cliniques et organisationnelles recommandées, et ce, dans une optique d'amélioration de la qualité des services de coloscopie ainsi que de l'accessibilité au dépistage.

En avril 2014, le CSSS de Rivière-du-Loup a reçu la visite d'une équipe de la Direction québécoise de cancérologie (DQC) pour évaluer et apprécier les efforts de mise à niveau poursuivis par l'unité d'endoscopie. Cette visite avait pour but de faire le bilan de la mise en œuvre de la phase 1 des sites de démonstration du PQDCCR. Ce bilan fait état des constats observés en regard de la gouverne de l'unité d'endoscopie et du niveau de conformité aux normes en matière de gestion de l'accès, de la pratique clinique et organisationnelle, de l'aménagement de l'unité d'endoscopie et du retraitement des dispositifs médicaux. Ce bilan permet de faire ressortir les conditions gagnantes, les obstacles rencontrés et les principaux enjeux qui se dessinent pour la poursuite éventuelle d'une deuxième phase du PQDCCR.

En mars 2015, l'Agence a soumis à la DQC son Plan régional de priorisation des projets de mise à niveau des unités d'endoscopie digestive des établissements du Bas-Saint-Laurent. Le but de la mise à niveau est d'optimiser la capacité en coloscopie afin d'améliorer l'accessibilité à l'examen grâce aux gains d'efficience réalisés et, de plus, d'atteindre la conformité aux normes de pratique clinique et organisationnelle en coloscopie et en retraitement des dispositifs médicaux qui sont les critères préalables à l'implantation du PQDCCR.

Programme québécois de cancérologie

Dans le cadre du plan directeur et du plan d'action du programme de cancérologie du MSSS « Ensemble en réseau, pour vaincre le cancer », l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, en collaboration avec l'Agence de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine, participe activement à la gouverne interrégionale en cancérologie. Son mandat est d'animer le réseau interrégional en cancérologie, d'assurer la coordination et la concertation régionale, d'évaluer la performance clinique et administrative, de faciliter un accès rapide aux traitements et d'assurer l'atteinte des standards du réseau de cancérologie du Québec.

Le dépôt du plan d'action interrégional en cancérologie 2014-2015 reflète parfaitement la volonté de continuer le travail amorcé et le développement de nos expertises dans la lutte contre le cancer. Ces actions permettront d'agir efficacement, tant au niveau des organisations et des structures qu'à celui des bonnes pratiques, pour ainsi mieux répondre aux besoins de la personne atteinte de cancer et de ses proches.

Nous avons poursuivi les efforts afin d'augmenter le taux de rétention de la clientèle en radio-oncologie et de rapatrier au Centre régional de cancérologie de l'Est-du-Québec une clientèle qui, auparavant, était traitée à l'extérieur de notre région. Un corridor de service avec le CHU de Québec a été convenu afin de faciliter le retour de cette clientèle dans sa région d'origine et des actions ont été réalisées visant la sensibilisation des médecins référents à cette problématique.

Par ailleurs, il y a eu signature d'une lettre d'engagement entre le CSSS de Rimouski-Neigette, centre affilié pour le traitement du cancer du poumon et les établissements du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, concernant les soins et les services requis pour les patients qui lui sont référés dans des délais médicalement acceptables et la transmission de l'information clinique pertinente, incluant le plan de traitement et de suivi, lors du retour du patient. La lettre d'engagement confirme la volonté des établissements de respecter le corridor de service bidirectionnel du centre affilié du CSSS de Rimouski Neigette pour le service en cancérologie pulmonaire.

Nom : Anne St-Pierre et Chantal Landry | **Date :** 20 mai 2015

DIRECTION GÉNÉRALE : PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ		
Priorité	**Résultats 2014-2015**	**État d'avancement des travaux**
Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Commentaires		
L'Agence a maintenu un suivi étroit auprès de chacun des établissements de la région afin de s'assurer de la déclaration des incidents et des accidents dans les délais requis, cadre de la prestation des soins de santé et des services sociaux. Bien que nous ayons observé un certain relâchement en P-11, des correctifs ont été apportés afin de régulariser la situation. Ainsi, les retards de saisie des données étaient principalement dus à des absences de personnel qui n'était pas remplacé pendant les vacances. Pour ce qui est des recommandations du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) en matière de prévention des chutes et des événements liés à la médication, nous prévoyons nous assurer de la mise en place de ces recommandations dès que les différentes directions du Ministère concernées annonceront la façon dont seront implantées ces mesures.		
Nom : Pierre-Paul Malenfant		**Date :** 20 mai 2015

DIRECTION GÉNÉRALE : COORDINATION, FINANCEMENT, IMMOBILISATIONS ET BUDGET		
Priorité	**Résultats 2013-2014**	**État d'avancement des travaux**
Approvisionnement en commun	Entente de gestion et d'imputabilité signée.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Mise en œuvre des phases 1 et 2.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Sécurité civile	Formulaire GESTRED 908 rempli	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Calendrier des rencontres	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Plan de travail	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Composition de l'instance de coordination en sécurité civile	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Commentaires		
Approvisionnement en commun : L'entente a été signée en novembre 2014. **Stratégie québécoise d'économie d'eau potable :** La région bas-laurentienne poursuit la mise en œuvre des phases 1 et 2 en consacrant ses efforts à la réalisation d'actions prioritaires répondant aux critères de performance des groupes A et B identifiés dans le plan de travail du MSSS. L'Agence s'est assurée que les établissements de son territoire remplissent le formulaire GESTRED à la période 10 pour chacune des installations sous leur responsabilité. Dans sa démarche d'autorisation des plans triennaux, l'Agence vérifie et coordonne l'ajout de la mention SQEEP aux plans de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI 2014-2015) ainsi qu'aux plans de conservation des équipements médicaux (PCEM 2014-2015). **Sécurité civile :** L'Agence a pu remplir toutes les exigences requises en matière de sécurité civile. Soulignons que chacun des établissements de la région devait également faire une reddition de comptes de ses activités en sécurité civile et mesures d'urgence. Certaines constatations en sont ressorties et des mesures ont été mises en place afin de consolider la capacité des établissements de la région à répondre aux exigences en la matière.		
Nom : Approvisionnement en commun : Patricia Assels, arch. Stratégie d'économie de l'eau : Patricia Assels, arch. Sécurité civile : Pierre-Paul Malenfant		**Date :** 13 mai 2015 13 mai 2015 20 mai 2015

DIRECTION GÉNÉRALE : SERVICES SOCIAUX		
Priorité	**Résultats 2014-2015**	**État d'avancement des travaux**
Offre de services sociaux généraux	Déploiement d'un service de consultation téléphonique psychosociale	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Priorité régionale en matière de jeunes et leur famille	Poursuite du déploiement des services, rendre compte de façon spécifique de la mise en œuvre de certains programmes	☒ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Suivi d'implantation du Plan d'accès	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Ententes de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	Ententes de collaboration entre les établissements	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Programme-services dépendances	Suivi de la mise en place des actions identifiées (N/A suite à la note du MSSS, vol 10 nº 37)	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Commentaires

Offre de services sociaux généraux :

Le service de consultation téléphonique Info-Social (8-1-1) est déjà implanté et pleinement fonctionnel dans la région depuis l'automne 2013.

Priorité régionale en matière de jeunes et leur famille

(1) **L'EnTrain**
Le programme d'intervention en négligence (PIN) l'EnTrain a été déployé dans les huit territoires et est maintenant en phase de consolidation.

(2) **Initiative AIDES**
La deuxième vague de formation des multiplicatrices de l'Initiative AIDES a eu lieu en novembre 2014, le déploiement de l'initiative AIDES est en cours dans les six autres territoires. Les territoires de La Matapédia et des Basques sont des territoires déjà en action dans la phase II de l'Initiative AIDES.

Travaux sur les troubles graves du comportement (TGC), les équipes d'intervention jeunesse (EIJ) et le programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu pour les jeunes
Dans le cadre des travaux sur les jeunes ayant des troubles graves de comportement (TGC), les réflexions doivent se poursuivre en regard de la mise sur pied et de l'adaptation, aux réalités régionales, d'une équipe d'intervention jeunesse (EIJ) et d'un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu.

Intégration des équipes jeunesse du CJ et du CSSS des Basques :
L'intégration des équipes jeunesse du CJ du Bas-Saint-Laurent et du CSSS des Basques est maintenant complétée et elle est connue sous le nom de l'Équipe PassaJe. Deux autres territoires seront en déploiement d'une équipe intégrée à l'automne 2015.

Stratégie d'Action jeunesse 2009-2014

Les activités réalisées au cours de la dernière année sont :

Mesure 1 : Programme de qualification des jeunes (PQJ) : Poursuite des activités du programme de qualification des jeunes qui a permis l'accompagnement de 44 jeunes;

Mesure 4 : Implanter un programme s'adressant aux familles négligentes ayant des enfants 0-12 ans : Vu la fin du financement de la mesure relative à l'implantation du programme en négligence, l'accent a été mis sur la poursuite et la bonification des activités du Programme d'intervention en négligence l'EnTrain qui est maintenant déployé dans les huit territoires de la région;

Mesure 6 : Assurer le maintien des équipes multidisciplinaires de deuxième niveau en santé mentale et en prévention du suicide dans tous les centres jeunesse : L'équipe dédiée à cette mesure est bel et bien en place au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent;

Mesure 7 : Implanter un programme d'intervention spécifique en toxicomanie, offert aux jeunes des centres jeunesse : L'équipe dédiée à ce programme est bel et bien en place au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent;

Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité

Nous avons poursuivi nos travaux en vue d'améliorer l'accès aux services. Pour ce faire, nous nous sommes dotés d'un tableau de suivi des travaux, ce qui a permis de mieux accompagner les établissements à cet égard. Ce dossier a nécessité et nécessitera, dans l'avenir, de la vigilance afin de s'assurer que les données soient saisies correctement.

Ententes de collaboration entre établissements concernant la déficience intellectuelle, les troubles du spectre de l'autisme et la déficience physique

Pour la déficience intellectuelle, des ententes ont été signées entre les CSSS de la région et le CRDITED du Bas-Saint-Laurent. Ainsi, un transfert de clientèle et de personnel a été réalisé de la deuxième ligne vers la première ligne pour les usagers visés.

En ce qui concerne la déficience physique, une entente a été signée pour les secteurs de Rimouski-Neigette, de La Mitis, de La Matapédia et de Matane. Nous avons amorcé les discussions pour le secteur ouest du territoire et les travaux se poursuivront dans le cadre des nouveaux paramètres organisationnels du réseau de la santé et des services sociaux.

Programme-service dépendances

Nous avons maintenant des intervenants désignés dans quatre (4) territoires sur huit (8) alors que le programme « Alcochoix » est déployé dans tous les territoires.

La formation de base en dépendance a été offerte aux nouveaux intervenants des CSSS pour un déploiement optimal du programme service dépendance de première ligne.

Nous sommes intervenus afin d'assurer un meilleur arrimage entre les services spécialisés en dépendance et ceux en santé mentale, ce qui a notamment conduit à la mise en place de groupes motivationnels, d'une trajectoire pour les demandes d'évaluation spécialisée et les références vers la réadaptation avec hébergement, et ce en prévision de la sortie de l'usager des services internes de pédopsychiatrie et de psychiatrie.

Une équipe d'infirmières spécialisée en CRD a également été mise en place afin d'offrir un meilleur soutien aux services médicaux de première ligne.

Par ailleurs, une entente de services a été convenue entre le Centre de réadaptation en dépendance (CRD) du BSL et le Centre de réadaptation de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine à propos de la disponibilité des services de désintoxication et de réadaptation avec hébergement.

Enfin, il y a eu arrimage entre le Comité clinique santé en milieu carcéral et le CRDBSL pour une offre d'évaluation spécialisée en dépendance qui répond aux besoins de la clientèle et à la réalité du milieu carcéral.

Nom : Cathy Bérubé et Nathalie Gagnon **Date :** 29 mai 2015

DIRECTION GÉNÉRALE : SERVICES SOCIAUX		
Priorité	**Résultats 2014-2015**	**État d'avancement des travaux**
Soutien à l'autonomie L'évaluation des besoins pour tous adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée	État de situation	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Soutien à l'autonomie L'élaboration des plans de services pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée	État de situation	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Soutien à l'autonomie L'évaluation des besoins pour tous les usagers hébergés en CHSLD public en CSSS et hors CSSS	État de situation (N/A suite à la note du MSSS, vol. II, n° 2)	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Optimisation en soutien à domicile	Bilan de la mise en œuvre de son plan d'action	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées	Résultats de l'implantation des RSIPA transmis	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	Résultat de l'implantation des composantes de l'approche adaptée transmis	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
CHSLD	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Commentaires		
Soutien à l'autonomie En ce qui concerne l'évaluation des besoins et l'élaboration des plans de services pour tout adulte ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée, l'Agence s'est assurée de former des formatrices, par le biais du Centre d'expertise de santé de Sherbrooke, afin de mieux soutenir les établissements dans le processus de suivi en lien avec les OEMC, RSIPA, ISO-SMAF, PSIAS, TAL SMAF-Social, etc.		

Le tableau suivant présente les résultats pour les différents éléments.

Gestred 530 : Suivi des OEMC et des PSIAS pour les usagers adultes SAPA actifs au SAD

	Kamouraska	Témiscouata	RDL	Basques	Rimouski	Mitis	Matane	Matapédia	Moyenne générale
Nb d'usagers actifs au SAD	440	281	577	246	859	450	398	276	
Nb d'usagers actifs au SAD ayant un OEMC à jour	177	162	398	90	408	332	210	196	
% d'usagers actifs au SAD ayant un OEMC à jour	40,23	57,65	68,98	36,59	47,49	73,78	52,76	71,01	56,69
Nb d'usagers actifs au SAD ayant un OEMC à jour et un PSIAS	83	140	253	15	276	23	164	189	
% d'usagers actifs au SAD ayant un OEMC à jour et un PSIAS	18,41	49,82	43,85	6,09	32,13	5,11	41,21	68,48	33,14
Nb d'usagers ayant un profil ISO-SMAF de 4 et plus d'un OEMC à jour et ayant un PSIAS	72	119	193	8	263	18	137	150	
% d'usagers ayant un profil ISO-SMAF de 4 et plus d'un OEMC à jour et ayant un PSIAS	50,70	87,50	64,77	12,31	88,26	7,66	76,97	94,94	60,39

Cible : 100 % de PSIAS des profils 4 et + au 31 mars 2015

Optimisation en soutien à domicile

Chaque CSSS a été rencontré afin d'améliorer la compréhension de l'enregistrement des HPS (heures directes) au SAD afin d'avoir un portrait réel des heures de services offerts aux usagers, en distinguant les heures en CES et en EES (incluant le PEFSAD). Afin de soutenir les établissements dans leur démarche, nous avons produit :

- des documents en lien avec l'enregistrement des HPS afin de différencier la provenance des services et s'assurer que celles-ci doivent comptabilisées correctement dans les services offerts au SAD, autant dans GESTRED, I-CLSC et dans le manuel de gestion financière;
- des tableaux de bord ont été remis à chaque établissement afin de leur permettre de suivre l'évolution de leur cible.

L'implantation de la Loi 90 se poursuit. La majorité des CSSS ont effectué le travail auprès du personnel infirmier du SAD en ajoutant des infirmières auxiliaires ainsi que des auxiliaires en santé et services sociaux. Des documents ont été produits afin d'identifier clairement les activités transférables vers les non-professionnels : les activités en lien avec les AVQ (simples vs complexes), les soins invasifs et non invasifs sous la gouverne des soins infirmiers.

Les budgets ont été octroyés aux établissements pour l'embauche de personnel professionnel (30 %) et non professionnel (70 % en services achetés). Le fait que les postes aient été affichés tardivement fait en sorte que les résultats de cet investissement se feront probablement sentir au cours de la prochaine année. Nous avons tout de même atteint plus de 97 % de la cible.

Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées

La progression de la mise en place du RSIPA s'est faite par différentes interventions dans la région :

- Deux fois pendant l'année, les CSSS ont été rencontrés afin d'évaluer le suivi de l'implantation du RSIPA et de leurs cibles d'optimisation (RSI optimaux) dans leur RLS. Des requis fonctionnels étaient proposés pendant ces rencontres ainsi que des offres de soutien selon la problématique.
- Un cadre de référence sur les Années de bout de parcours de service a été rédigé et présenté aux différents directeurs d'établissement afin de mettre en lumière l'importance d'avoir une seule porte d'entrée ainsi que la nomination d'un intervenant pivot tel que prévu dans le RSIPA.
- Une formation a été organisée avec un chercheur de l'Université de Sherbrooke (M. Yves Couturier) afin de présenter aux intervenants le rôle d'intervenant pivot avec fonction de gestion de cas, tel que prévu dans le RSIPA et les orientations ministérielles.
- Le déploiement du projet régional de Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique ainsi que l'AMPA a permis d'identifier des équipes championnes pour l'accessibilité à une expertise gériatrique locale. Des paiements sont en processus pour faire des liens avec les généralistes de Memoworld sur le plan régional.

En lien avec le projet du concept intégrateur du Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique (SERG), tous les CSSS ont signé des protocoles d'entente pour que les services de Centre de jour soient offerts par des organismes communautaires de la région, notamment par les CAB au Bas-Saint-Laurent pour le volet régulier et par la Société Alzheimer du Bas-Saint-Laurent pour le volet cognitif.

Soulignons, par ailleurs, que plusieurs outils ont été élaborés afin d'aider les gestionnaires SAD à mieux contrôler les heures de prestation de services (HPS) qui sont faits voir par le biais des Entreprises en économies sociales en SAD ou les charges emploi-services (CES).

Approche adoptée à la personne âgée en milieu hospitalier

L'implantation s'est poursuivie dans les 9 installations du Bas-Saint-Laurent : 5 établissements avec urgence et hospitalisation; 1 établissement avec deux installations qui ont chacun une urgence, dont une mineure; 2 établissements avec une urgence mineure. Huit (8) établissements sur neuf (9) ont déployé les formations en ligne de l'AMPA du CEVQ, le CHR de Rimouski est en processus de faire installer la plateforme sur son propre serveur.
Une formation, organisée avec Mme France Collin du CEVQ, sur le rôle de « coach » a été offerte aux différents CSSS de la région. Des documents et outils de communication ont été partagés à cette occasion.
La grille de suivi de l'implantation de l'AMPA a été complétée pour le 31 mars 2015.

Des indicateurs de suivi (structure, personnes et résultats) ont été implantés dans la majorité des CSSS de la région. Un processus d'analyse régionale est en cours afin de se doter d'indicateurs régionaux (CSSS) qui permettront de suivre les mêmes données dans toutes les installations.

CHSLD : État de situation

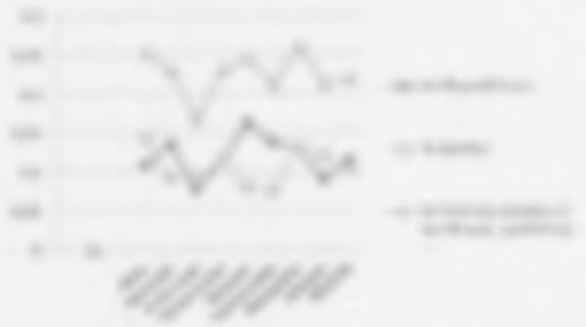
Nous avons accepté une surveillance constante afin que les usagers admis en CHSLD correspondent aux profils lourd GMAP, RI et plus.
De plus, suite aux visites ministérielles, nous nous sommes assurés de la mise en place d'un plan d'amélioration.

Nématodes (2018-2025)

Progression (%)	Cible (nématodes)	Interrogations sur le « grand réservoir commun » (n = 1 000 par ville, 10 ans d'intervalle, 20 ans au total)							Fins de saison actives (%)			Ère dédiée à…
		Lille (Nématodes)	Nancy (Nématodes)	Metz (Nématodes)	Nombre de fragments de « grand réservoir commun » par ville (Nématodes)	Taux de fragments (%)	Variation (%)	Variation de fragments par ville, pour 1 000 (%)				
2018	0	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0	0	0	1 mars 2018
2022	9 000	9 200	8 900	900	7	25,0 %	9,5 %	24,6 %	35	32	32	21 mai 2018
2023	0	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0	0	0	28 juin 2018
2024	9 000	900	950	87	9	34,2 %	9,5 %	23,8 %	32	8	30	26 juillet 2018
2025	9 000	99	112	90	12	56,5 %	65,0 %	24,5 %	60	35	17	23 août 2018
2026	9 000	807	128	900	32	16,2 %	9,8 %	24,0 %	9	90	18	25 septembre 2018
2027	9 000	124	120	94	15	15,0 %	65,2 %	25,2 %	32	32	15	30 octobre 2018
2028	9 000	194	938	92	17	15,8 %	15,0 %	23,8 %	32	31	20	30 novembre 2018
2029	9 000	920	917	97	19	19,8 %	65,5 %	22,2 %	34	30	4	31 décembre 2018
2030	9 000	940	935	98	23	9,7 %	65,8 %	23,8 %	30	32	9	5 janvier 2019
2031	9 000	892	934	99	23	9,7 %	15,0 %	23,8 %	31	95	9	7 février 2019
2032	9 000	897	99	95	25	15,0 %	65,7 %	25,8 %	9	9	31	3 mars 2019
2033	9 000	971	99	99	30	15,0 %	15,0 %	23,5 %	9	9	9	31 mars 2019

Densités de fûts avec thuyas et ou ronces ET d'orties (fûts au numéro de fûts occupés)

Nb de fûts avec thuyas et ou ronces ET d'orties (fûts au numéro de fûts occupés)



Sous : Cathy Sanzaro et Brigitte Fiset

Cible : 29 mai 2025

[illegible]	[illegible]	[illegible]
L'accès aux services spécialisés	Diagnostic et plan de travail	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Mise à jour du plan de travail	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Suivi par conférences téléphoniques	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation
L'accès aux services de santé mentale (ou services aux jeunes)	Etat de situation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation
L'accès aux services de santé mentale (ou services aux adultes)	Etat de situation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Plan d'affaires en santé mentale	Plan d'affaires soit [illegible] le gabarit fourni par la RRSS (MoH suite à la notice du Dr Fortunato)	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Accès aux services de première ligne	Suivi/mise des recommandations d'accréditation et de nouvellement Processus de la continuité du répertoire des ressources	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Commentaires

L'accès aux services spécialisés

Le 1er mai 2016, le Plan de travail régional 2016-2020 de l'accès aux services spécialisés a été déposé à la Direction des interventions d'accès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Il est conforme aux orientations de la Direction générale des services de santé et médecine communautaire (DGSSMC). Le volet un atouts de ce plan vise l'optimisation de l'accès aux services spécialisés. Une mise à jour de ce plan de travail est en réalisation au cours de l'année.

L'accès aux services de santé mentale pour les jeunes et pour les adultes

Comme requis, l'état de situation sur les délais d'accès aux services de santé mentale de première ligne a été produit en RRSS.

Services adultes :
Tous les usagers adultes impliqués ont été rencontrés au Service d'accueil dans le délai prescrit soit 15 jours et moins (moyenne de 5,5 jours pour la région). Le délai moyen entre la 1re et la 2e rencontre (entre la décision et la première rencontre) dans le programme service santé mentale) a été de 15,9 jours.

Sur le nombre total d'usagers adultes :
- [illegible] % ont été rejoindre à l'intérieur du délai de 15 jours et moins;
- [illegible] % ont été rejoindre dans un délai supérieur à 15 jours.

Services jeunes :
Tous les usagers jeunes impliqués ont été rencontrés au Service d'accueil dans le délai prescrit soit 15 jours et moins (moyenne de 5,8 jours pour la région). Le délai moyen entre la 1re et la 2e rencontre (entre la décision et la première rencontre) dans le programme service santé mentale) a été de 16,8 jours.

Sur un nombre total d'usagers jeunes :
- [illegible] % ont été rejoindre à l'intérieur du délai de 15 jours et moins;
- [illegible] % ont été rejoindre dans un délai supérieur à 15 jours.

Accès aux services de première ligne

En cours d'année, 3 GMF ont renouvelé leur accréditation, soit les GMF de Matane, du Grand-Portage, du Grand Langevin et des Rivières. Nous avons constaté ensuite que le répertoire de ressources est maintenu à jour.

Écrit par : Anne St-Pierre, Nathalie Gagnon et Cathy Sinclair **Date** : 3 mai 2016

DIRECTION GÉNÉRALE : SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE		
Priorité	**Résultats 2014-2015**	**État d'avancement des travaux**
Info-Santé	Rapport selon le gabarit fourni par le MSSS	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Continuum de services en cardiologie	Plans d'action locaux et régionaux élaborés ou mis à jour	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	Plans d'action locaux et régionaux	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Soins palliatifs de fin de vie	Mettre à jour votre plan régional d'organisation de services en soins palliatifs et de fin de vie	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation

Commentaires

Info-Santé

Le rapport demandé par le Ministère a été transmis tel que prescrit. Le service régional Info-Santé du Bas-Saint-Laurent répond aux cibles attendues.

Continuum de services en cardiologie

Les travaux se poursuivent en lien avec la mise à jour des plans locaux et celui pour la région.

Continuum AVC

Les travaux sont maintenus pour le continuum AVC. Le déploiement de la téléthrombolyse a été complété sur l'ensemble du territoire.

Les services préhospitaliers ont été formés pour utiliser l'échelle d'évaluation de Cincinnati.

Soins palliatifs de fin de vie

À l'automne 2014, nous avons reçu un schéma de gouvernance incluant les différents comités ainsi qu'une description sommaire des mandats, des chantiers en cours et des échéanciers. De plus, un plan d'action national devrait suivre.

Pour juin 2015, il est convenu que le MSSS fera suivre les documents concernant :
- Une politique de soins de fin de vie;
- Proposition de code d'éthique;
- Programme clinique, guides de pratique, outils de soutien;
- Contenus de formation;
- Formulaires relatifs aux directives médicales anticipées;
- Modèle type d'ententes avec les maisons de soins palliatifs et les établissements.

Pour le bilan des travaux régionaux amorcés depuis 2013, le comité d'experts ainsi que le cadre de référence et le plan d'action ont été suspendus, étant donné les travaux ministériels.

Nom : Michel Plante et Cathy Bérubé **Date :** 28 mai 2015

DIRECTION GÉNÉRALE : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION		
Priorité	**Résultats 2014-2015**	**État d'avancement des travaux**
Dossier de santé du Québec	État de situation – Formulaire GESTRED	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Dossier clinique informatisé	État de situation – Formulaire GESTRED	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Dossier médical électronique	État de situation – Formulaire GESTRED	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	Transmission des planifications triennales des projets et activités en ressources informationnelles	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Transmission des programmations annuelles des projets et activités en ressources informationnelles	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Transmission des bilans annuels des réalisations en ressources informationnelles	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
	Transmission des états de santé des projets	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Commentaires

Dossier Santé Québec

- Le déploiement se poursuit et la cible de 1 262 clés d'accès est largement dépassée pour atteindre 1 670 soit 132.3 %.
- La cible de déploiement du visualiseur dans les sites cliniques est de 114. À ce jour, nous avons déployé le visualiseur dans 108 sites cliniques.
- L'alimentation du domaine pharmacie se fait pour l'ensemble des pharmacies communautaires sauf pour 10 pharmacies qui ont un logiciel en voie d'être homologué.
- L'alimentation du domaine laboratoire avec la solution temporaire sera terminée en novembre 2015. La solution permanente sera en place lorsque le déploiement du SIL régional sera terminé.
- L'alimentation du domaine imagerie médicale est sous la responsabilité du RUIS Laval. À ce jour, AGFA est encore en tests avec la région 12.

Dossier médical électronique

- Solution régionale Purkinje déployée et utilisée par 9 GMF et 4 cliniques privées du BSL;
- Couvre plus de 156 médecins et 34 infirmières;
- Les utilisateurs ont accès aux résultats de laboratoire et d'imagerie de la région.

Dossier clinique informatisé

- Dossier d'affaires initial déposé au MSSS le 18 février 2015 pour approbation et poursuite du projet.

La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles

Toutes les exigences requises en gouvernance et en gestion des ressources informationnelles ont été transmises.

Nom : André Beaulieu **Date :** 21 mai 2015

DIRECTION GÉNÉRALE : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION		
Priorité	**Résultats 2014-2015**	**État d'avancement des travaux**
Mise en place d'une gouvernance régionale ou suprarégionale des ressources informationnelles	Plan de mise en place d'une gouvernance	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Introduction de l'architecture d'intégration technologique cible	État de situation – Actifs + Réseau	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Bilan annuel en sécurité de l'information	Bilan annuel	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Participation au Réseau d'alerte	Compléter les documents envoyés par le MSSS	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Commentaires		
Tous les livrables attendus, au niveau des technologies de l'information, ont été livrés à la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) du MSSS, qui a confirmé l'acceptation des travaux réalisés par l'Agence SSS Bas-Saint-Laurent.		
Nom : Marc St-Laurent	**Date :** 28 mai 2015	

AXE D'INTERVENTION : PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP) 1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : • infections transmissibles sexuellement et par le sang • habitudes de vie et maladies chroniques • chutes chez les personnes âgées • suicide

Indicateurs		**Résultats* 2013-2014**	**Engagements 2014-2015**	**Résultats** 2014-2015**
1.01.20	Pourcentage des activités du PNSP implantées	N/A	85 %	À venir
1.01.21	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien	N/A	85 %	À venir
Commentaires				
Puisque les données pour ces indicateurs ne seront connues qu'en juin 2015, il faut se référer au rapport annuel de l'Agence SSS Bas-Saint-Laurent pour en connaître les résultats. Nous estimons toutefois que les cibles visées seront atteintes.				
Nom : Marie-Josée Pineault		**Date :** 13 mai 2015		

AXE D'INTERVENTION : SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents) 2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateurs		Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
1.09.25	Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés	10	11	10
1.09.27	Population inscrite auprès d'un médecin de famille	76,5 %	77 %	78,2 %
3.07	Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	5	8	5

Commentaires

Implantation des GMF

Nous sommes toujours en attente du nouveau cadre de gestion des GMF. De plus, un nouveau cadre de gestion visant le transfert des UMF vers les GMF-U est en planification. Les UMF devraient transférer vers le cadre de gestion GMF-U d'ici janvier 2017. L'UMF de Rimouski est directement touché par cette mesure et se prépare afin de faire le transfert vers le nouveau cadre. La clinique médicale Arthur-Buies située à Rimouski a clairement indiqué son intention de devenir GMF, mais doit attendre le dépôt du nouveau cadre GMF afin de pouvoir être accréditée comme GMF à 6 000 inscriptions, ce qui n'est pas possible présentement avec le cadre existant.

IPS

D'ici 2017, la région du Bas-Saint-Laurent comptera 14 postes d'infirmières-praticiennes spécialisées en soins de 1re ligne (IPSPL). Actuellement, 6 postes IPSPL sur 10 sont pourvus sur notre territoire. Nous rencontrons des difficultés de recrutement pour pourvoir les postes disponibles. Deux activités régionales d'informations ont été organisées par le DRMG afin de partager les enjeux, les difficultés et les stratégies qui facilitent le recrutement et l'intégration des IPSPL dans les équipes de 1re ligne. Voici leur répartition au 31 mars 2015 :

- 2 au CSSS de Rivière-du-Loup
- 1 au CSSS de Matane
- 2 au CSSS de La Matapédia
- 2 au CSSS du Témiscouata (1 poste vacant)
- 1 au CSSS Rimouski (vacant)
- 1 au CSSS Basques (vacant)
- 1 au CSSS de la Mitis (vacant)

Nom : Dominique Perron et Isabelle Ouellet | **Date :** 31 mars 2015

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

AXE D'INTERVENTION : SERVICES PSYCHOSOCIAUX				
OBJECTIF DE RÉSULTATS	2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine			
Indicateurs		**Résultats* 2013-2014**	**Engagements 2014-2015**	**Résultats** 2014-2015**
1.02.04	Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	85,7 %	90 %	92,4 %
Commentaires				
Depuis le 10 novembre 2013, le volet social du service régional Info-Santé et Info-Social du Bas-Saint-Laurent est offert 24/7 à la population du Bas-Saint-Laurent. Des travaux régionaux et locaux se sont poursuivis, afin de promouvoir le service et d'assurer une réelle intégration et complémentarité du service Info-Social dans l'offre de services sociaux généraux des CSSS. Fait important à noter, le service Info-Social assure également une réponse adaptée aux proches aidants d'aînés. Une entente de service entre le CSSS de La Mitis, l'Agence et L'Appui Bas-Saint Laurent permet une intégration de ce volet dans la réponse téléphonique. Au cours de la dernière année, près de 103 proches aidants ont téléphoné à Info-Social pour recevoir du soutien téléphonique.			
Nom : Isabelle Ouellet		**Date :** 31 mars 2015		

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

AXE D'INTERVENTION : JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire 2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves 2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

Indicateurs		Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
1.08.09	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	3 624	4 024	3 283
1.08.06	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	181	117	127
1.08.05	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	107	247	120
1.07.05	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	366	415	386

Commentaires

Indicateurs 1.08.09
Le faible résultat pour cet indicateur peut s'expliquer par le fait que les données provenant des activités de groupes est comptabilisée qu'en partie et, aussi, par le fait que certains intervenants réalisent des interventions dans plusieurs programmes services et ne comptabilisent pas toujours leurs données statistiques au bon endroit. À cet égard, nous prévoyons au cours de la prochaine année consolider les activités d'information auprès des gestionnaires et des intervenants afin d'améliorer le départage des codes de saisie des données dans I-CLSC entre les programmes services.
Ce résultat nous amène également à renforcer la promotion des services de première ligne auprès des acteurs de tous les milieux et auprès de la population en général.

Indicateurs 1.08.06
Le soutien clinique apporté aux équipes, tant par les conseillères cliniques que par le CNESM, contribue certainement à l'atteinte de la cible pour 2014-2015. Ce soutien a permis d'améliorer le fonctionnement du service et de consolider les meilleures pratiques dans le domaine.

Indicateurs 1.08.05
Bien que la cible n'ait pas été atteinte, nous constatons tout de même une légère amélioration des résultats par rapport à 2013-2014. Afin d'améliorer les résultats, nous prévoyons rester proactifs auprès des équipes terrain en regard de l'arrimage entre les programmes SI et SIV. Le soutien du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) auprès des équipes locales et du psychiatre-conseil en santé mentale vise justement à améliorer l'atteinte des cibles et l'amélioration des pratiques cliniques.

Indicateurs 1.07.05
Bien que la cible visée ne soit pas atteinte, nous constatons tout de même une légère amélioration par rapport à l'année précédente, mais surtout une nette amélioration depuis deux (2) ans, alors que 309 usagers de plus ont reçu des services depuis 2012-2013.

Au cours de la prochaine année, nous prévoyons poursuivre la promotion des services de première ligne en dépendance et consolider le virage amorcé depuis 2007. Soulignons que tous les acteurs concernés souhaitent une consolidation de l'offre de service de première ligne et visent l'atteinte de la cible.

Nom : Cathy Bérubé **Date :** 25 mai 2015

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

AXE D'INTERVENTION : RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

Indicateurs	Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	71,99 %	70 %	78,06 %

Commentaires

Le tableau suivant permet de démontrer l'amélioration du niveau d'implantation des RSIPA au cours de la dernière année

Niveau d'implantation des RSIPA par CSSS		
CSSS	**2013-2014**	**2014-2015**
Kamouraska	72,42 %	72,50 %
Rivière-du-Loup	74,26 %	84,56 %
Témiscouata	68,62 %	88,10 %
Les Basques	65,81 %	69,86 %
Rimouski-Neigette	80,14 %	81,41 %
La Mitis	68,32 %	67,15 %
La Matapédia	78,67 %	85,90 %
Matane	67,66 %	74,96 %
Bas-Saint-Laurent	71,99 %	78,06 %

Nom : Cathy Bérubé **Date :** 25 mai 2015

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

AXE D'INTERVENTION : SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Indicateurs	Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
1.03.05.01 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendu à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	324 809	343 630	337 954

Commentaires

Bien que nous n'ayons pas atteint la cible en 2014-2015, il faut souligner la progression constante que notre région a connue depuis 2012-2013, passant de 310 121 à 337 954 heures de services. Suite au budget de développement accordé en 2014-2015, nous avons permis aux CSSS de la région d'augmenter le personnel professionnel (30 %) et non professionnel (70 % en services achetés). Le fait que ces ajouts ont été faits tardivement dans certains établissements peut expliquer le retard dans l'atteinte de la cible. Nous devrions voir l'impact de ces investissements au cours de la prochaine année.

Nom : Cathy Bérubé **Date :** 25 mai 2015

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

AXE D'INTERVENTION : SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an 3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

Indicateurs		Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
1.45.45.02	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	90 %	90 %	100 %
1.45.45.03	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	85,6 %	90 %	85,9 %
1.45.45.04	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	88,1 %	90 %	89,9 %
1.07.04	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	48,7 %	80 %	66,5 %

Commentaires

1.07.04 Pourcentage des personnes évaluées en dépendance en CR dans un délai de 15 jours
Bien que la cible n'ait pas été atteinte, on constate une nette amélioration des résultats qui sont passés de 48.7 % en 2013-2014 à 66,5 % cette année. Nous avons poursuivi nos efforts afin d'améliorer la saisie des données dans le SIC-CRD et apporté des ajustements dans le processus d'évaluation dans un point de service. En plus de poursuivre ces efforts au cours de la prochaine année, nous voulons favoriser un meilleur soutien clinique, dans la perspective d'améliorer les résultats attendus.

Délais définis comme standards du Plan d'accès
Les données du CRDITED et du CRDP sont cumulatives depuis 2010. Les données de l'année financière 2015-2016 seront saisies dans de nouveaux formulaires Gestred. Ce seront les données de l'année qui seront compilées et non plus un cumulatif des années précédentes. Cette année, les taux des délais d'accès en CR sont en constante augmentation.

Nombre de personnes en attente et taux délais accès au CRDITED 2014-2015

Période	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
Nb personnes	23	15	12	14	12	16	23	30	29	25
Taux	85.19 %	85.25 %	84.91 %	84.88 %	85.2 %	85.53 %	85.26 %	85.63 %	86.02 %	86.27 %

Le nombre de personnes en attente d'un premier service augmente à partir de la P9, la principale raison est l'augmentation des demandes mises en suspens en raison de dossiers incomplets. Cependant, le taux de délais d'accès continue de monter.

Nombre de personnes en attente et taux délais accès toutes clientèles en attente en DP au CRDP pour l'année 2014-2015.

Période	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
Nb personnes et attente	212	231	223	202	180	172	158	154	153	157
Taux	85.42 %	85.45 %	85.61 %	85.82 %	85.88 %	85.87 %	86.07 %	86.34 %	86.5 %	86.67 %

Les résultats du CRDP sont constants. Le nombre de personnes en attente pour un premier service est en baisse, ce qui a un impact positif sur les délais d'accès.

Un tableau cumulatif des délais d'accès des installations pour les services généraux et spécifiques (CSSS) en DI-TSA et DP est joint. Les cibles sont atteintes pour toutes les priorités.

Les erreurs de saisies de données sont de moins en moins fréquentes, résultantes de mécanismes rigoureux de suivi. Une installation (Mitis) est en dépassement réel de délais d'accès. Des correctifs ont été apportés dès la constatation du dépassement.

Déficience intellectuelle et TSA P13 2014-2015
Pourcentages des demandes de services traitées selon les délais définis par le Plan d'accès

CSSS	Matapédia	Matane	Mitis	Rimouski	Basques	RDL	Témiscouata	Kamouraska	Région
Urgents									
Dans les délais	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Total des demandes	0	0	0	0	0	1	1	0	2
%	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	100 %	100 %	S/O	100 %
Élevés > 6 ans									
Dans les délais	0	0	0	4	0	0	0	0	4
Total des demandes	0	0	0	4	0	0	0	0	4
%	S/O	S/O	S/O	100 %	S/O	S/O	S/O	S/O	100 %
Élevés >= 6 ans									
Dans les délais	0	5	2	7	0	3	1	1	19
Total des demandes	0	6	2	7	0	3	1	1	20
%	S/O	83 %	100 %	100 %	S/O	100 %	100 %	100 %	95 %
Élevés									
Dans les délais	1	5	2	11	0	3	1	1	24
Total des demandes	1	6	2	11	0	3	1	1	25
%	100 %	83 %	100 %	100 %	S/O	100 %	100 %	100 %	96 %
Modérés									
Dans les délais	3	23	39	57	1	6	7	0	136
Total des demandes	3	24	41	58	1	7	7	0	141
%	100 %	96 %	95 %	98 %	100 %	86 %	100 %	S/O	96 %
DITED Total									
Dans les délais	4	28	41	68	1	10	9	1	162
Total des demandes	4	30	43	69	1	11	9	1	168
%	100 %	93 %	95 %	99 %	100 %	91 %	100 %	100 %	96 %
Compilation P1 à P13									
Demandes non priorisées									0

Source : Gestred, I-CLSC, (Nombre d'usagers desservis selon les standards du plan d'accès sur le nombre total d'usagers dont la demande a été reçue en excluant les demandes pour lesquelles le délai n'est pas encore écoulé)

S/O sans objet ou aucune demande

Déficience physique PI3 2014-2015
Pourcentages des demandes de services traitées selon les délais définis par le Plan d'accès

CSSS	Matapédia	Matane	Mitis	Rimouski	Rocher	RDL	Témiscouata	Kamouraska	Région
Urgente									
Dans les délais	0	1	2	0	3	0	1	0	7
Total des demandes	0	1	2	0	3	0	1	0	7
%	S/O	100 %	100 %	S/O	100 %	S/O	100 %	S/O	100 %
Élevée > 6 ans									
Dans les délais	0	1	0	2	0	0	0	0	3
Total des demandes	0	1	0	2	0	0	0	0	3
%	S/O	100 %	S/O	100 %	S/O	S/O	S/O	S/O	100 %
Élevée >= 6 ans									
Dans les délais	1	9	8	40	10	5	2	0	75
Total des demandes	1	9	12	41	11	5	2	0	81
%	100 %	100 %	67 %	98 %	91 %	100 %	100 %	S/O	93 %
Élevée									
Dans les délais	1	10	8	42	10	5	2	0	78
Total des demandes	1	10	12	43	11	5	2	0	84
%	100 %	100 %	67 %	98 %	91 %	100 %	100 %	S/O	93 %
Modérée									
Dans les délais	8	24	11	44	2	10	11	3	113
Total des demandes	8	25	11	45	2	12	14	3	120
%	100 %	96 %	100 %	98 %	100 %	83 %	79 %	100 %	94 %
DITED Total									
Dans les délais	9	35	21	86	15	15	14	3	198
Total des demandes	9	36	25	88	16	17	17	3	211
%	100 %	97 %	84 %	98 %	94 %	88 %	82 %	100 %	94 %
Cumulatif P1 à P13									
Demandes non prioritées									0

Source : Gestnet, I-CLSC. (Nombre d'usagers desservis selon les standards du plan d'accès sur le nombre total d'usagers dont la demande a été reçue en excluant les demandes pour lesquelles le délai n'est pas encore écoulé)

S/O sans objet ou aucune demande

Nom : Nadine Lagacé, APPR DI-DP-TSA, et Nathalie Gagnon, APPR en dépendance | **Date :** 30 avril 2015

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

AXE D'INTERVENTION : MÉDECINE ET CHIRURGIE	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	11.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois 11.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis 11.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateurs		Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
1.09.20.01	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	78,5 %	90 %	85,2 %
1.09.20.02	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	76,7 %	90 %	83,7 %
1.09.20.03	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	83 %	90 %	95,0 %
1.09.20.04	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	92,6 %	90 %	93,6 %
1.09.20.05	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	91,5 %	90 %	94,5 %
1.09.20.06	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie bariatrique	N/A	N/A	N/A
1.09.08A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	N/A	N/A	N/A
1.09.08B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	N/A	N/A	N/A
1.09.09A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A	N/A	N/A	N/A
1.09.09B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B	N/A	N/A	N/A
1.09.10A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A	N/A	N/A	N/A
1.09.10B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B	N/A	N/A	N/A
1.09.07	Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	100 %	95 %	100 %
1.09.11.01	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	62 %	90 %	66,3 %

Commentaires

Pour l'année financière 2044-2045, il y a eu une légère baisse de productivité en ce qui concerne les chirurgies électives. De plus, la majorité de ces chirurgies a été réalisée selon les délais d'accès fixés par la RRSS. En effet, 93,2 % des patients ont été opérés à l'intérieur de 6 mois. Bien que le nombre de patients en attente d'une chirurgie soit constant en comparaison de l'année financière 2043-2044, la durée moyenne d'attente pour toutes les catégories de chirurgie a diminué à 5,6 semaines. Toutefois, au 31 mars 2045, il y avait 24 patients dont l'attente pour une chirurgie était supérieure à six mois.

Plusieurs présentations ont été réalisées pour divers comités concernant l'état de situation de chacun des services de chirurgie sur le territoire du Bas Saint-Laurent. Lorsqu'on analyse l'offre et la demande en chirurgie, il y a un équilibre au niveau régional. Étant donné que le respect des délais d'attente en chirurgie demeure une priorité ministérielle, il est devenu primordial d'adopter des stratégies régionales afin que la clientèle du Bas Saint-Laurent soit opérée selon les délais prescrits. Il y a une forte préoccupation pour les centres de santé et de services sociaux (CSSS) où la volumétrie des bons d'attente n'est pas très élevée. En effet, la modification du financement risque d'accentuer leur précarité. Il est de la responsabilité régionale de trouver des opportunités afin d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques des CSSS pour assurer leur pérennité. Il y a des enjeux d'optimisation des blocs opératoires : le maintien de l'expertise du personnel de soutien et la rétention des chirurgiens. Comme convenu lors de la Table de concertation en santé physique, un comité régional doit être formé afin d'élaborer des stratégies d'optimisation régionale des plateaux techniques en chirurgie.

Radio-oncologie :

Pour l'année 2044-2045, le service de radiothérapie du Centre de cancer du CSSS de Rimouski-Neigette a traité 650 patients.
De ces 650 patients, trois ont amorcé leur protocole de traitements à l'extérieur des délais prescrits (28 jours).

Note : Anne St-Pierre **Date :** 31 mars 2045

* Résultats en date du 31 mars 2044
** Résultats en date du 31 mars 2045

AXE D'INTERVENTION : URGENCES	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	3.2.1 : Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière *Pourcentage maximum des bons d'urgence qui dépassent la période prescrite (24 heures)*

Indicateurs		Résultats* 2043-2044	Prévisions 2044-2045	Résultats** 2044-2045
1.09.31	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	4,49 %	10 %	3,63 %
1.09.310	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	0,2 %	0 %	0,2 %
1.09.39	Séjour moyen sur civière (durée)	8,36 h	9 h	8,0 h

Commentaires

Les résultats régionaux obtenus se situent très favorablement par rapport à ceux observés dans l'ensemble du Québec, et ce, pour tous les indicateurs. La cible fixée de moins de 9 heures pour le séjour moyen sur civière est largement atteinte pour la région avec un résultat de 8,0 heures. D'un point de vue régional, les cibles visées pour l'année 2044-2045 ont été respectées pour tous les indicateurs et les services d'urgence maintiennent leurs licences performances.

Note : Anne St-Pierre **Date :** 31 mars 2045

* Résultats en date du 31 mars 2044
** Résultats en date du 31 mars 2045

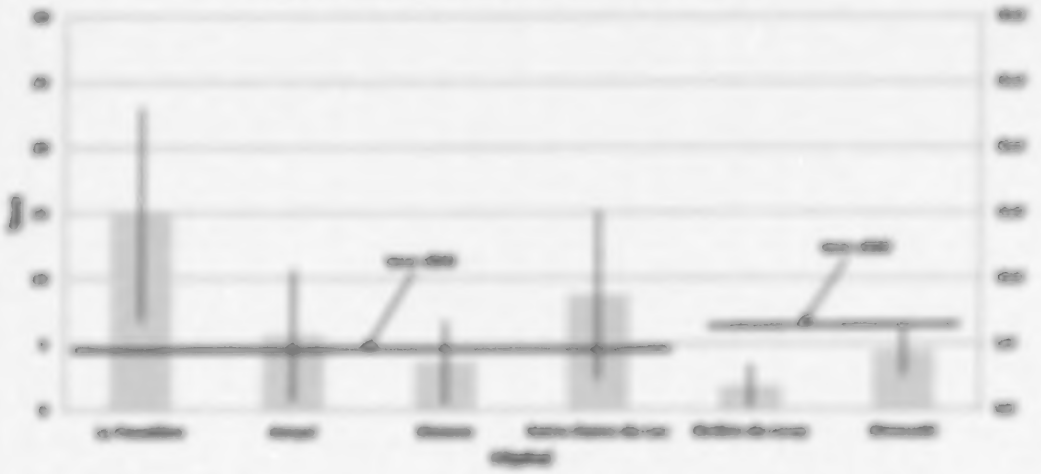
AXE D'INTERVENTION : CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	1.2.1 Réduire les taux d'infections nosocomiales (Clostridioides difficile, Staphylococcus aureus résistant à la méticilline, bactéries nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs)

Indicateurs		Résultats 2018-2019	Engagements 2018-2019	Résultats 2018-2019
1.2.1.1(1)	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis : diarrhées associées au Clostridium difficile	0.00 %	90 %	45,2 %
1.2.1.1(2)	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis : bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méticilline	0.00 %	90 %	0.00 %
1.2.1.1(3)	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis : bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	0.00 %	90 %	0.00 %

Commentaires

Les taux d'incidence des diarrhées associées au *C. difficile* chez ceux-ci/ceux-là dans 1 des 6 installations (45,2 %) de courte durée de la région. Un résultat conforme signifie que la valeur inférieure de l'intervalle de confiance du taux d'incidence observé est inférieure à la cible de sa catégorie. Seul le taux observé de 16,3 cas/10 000 jours présents à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima de La Pocatière (hôpital de moins de 100 lits ayant une clientèle composée de plus de 15 % de personnes âgées de 65 ans et plus) présente un intervalle de confiance supérieur au seuil cible de 4,4 (figure 1). Des mesures de prévention et contrôle additionnelles ont été appliquées pour corriger la situation. Les hôpitaux d'Amqui, de Matane et de Notre-Dame-du-Lac font partie de la même catégorie (moins de 100 lits ayant une clientèle composée de plus de 15 % de personnes âgées de 65 ans et plus) et leurs taux respectifs sont de 5,1; 1,6 et 8,7 cas/10 000 jours présents. L'Hôpital régional de Rimouski et le Centre hospitalier régional du Grand-Portage de Rivière-du-Loup (hôpitaux de 400 lits ou plus ayant une clientèle composée de plus de 15 % de personnes âgées de 65 ans et plus) ont des taux respectifs de 4,3 et 1,8 cas par 10 000 jours présents et leur cible est de 6,3 cas/10 000 jours présents.

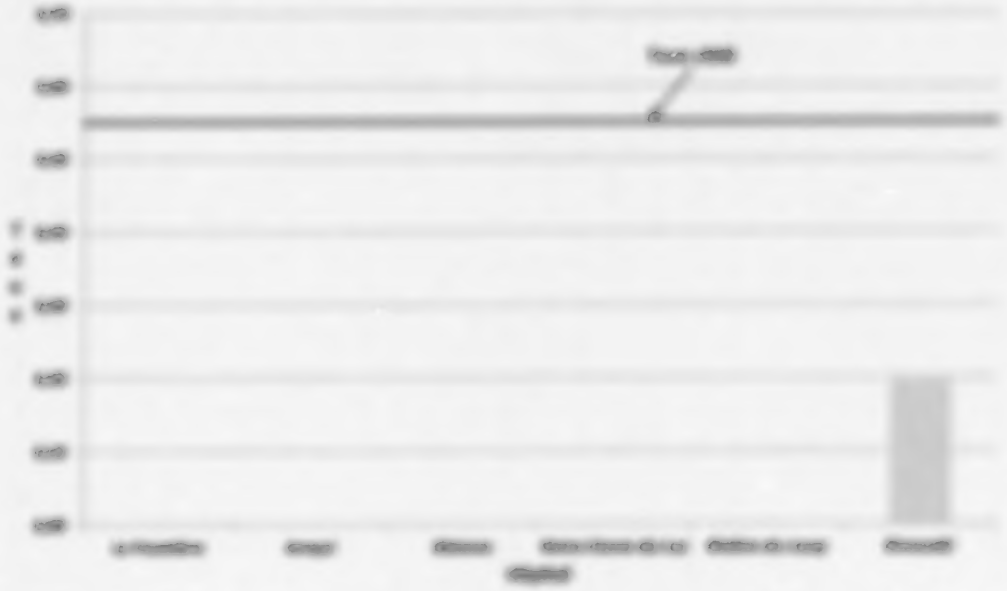
Figure 1. Taux d'incidence (cas/10 000 j-p.) observés et cibles des diarrhées associées au *C. difficile* d'origine nosocomiale dans les hôpitaux du Bas-Saint-Laurent en 2018-2019



Tous les hôpitaux de notre province et spécialistes (IUO) ont des taux d'infections nosocomiales différents aux seuils établis de bactéries telles le *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (figure 2). Un résultat conforme signifie que le taux d'incidence observé est inférieur à la cible de la catégorie. Cet hôpitaux font partie de la catégorie des hôpitaux non-universitaires de moins de 200 lits dont la cible est de 0,56 cas/10 000 jours-présence. Dans la région, on note que la cible observé en 2016-2015, et ce, à l'hôpital régional de Rimouski. Son taux d'incidence est de 0,598 cas/10 000 jours-présence.

La surveillance des bactéries nosocomiales sur cathéters veineux aux soins intensifs est obligatoire pour les installations ayant 10 lits et plus alors que celles de 6 à 9 lits sont invitées à participer sur une base volontaire. L'un l'hôpital régional de Rimouski est soumis à l'obligation, mais le Centre hospitalier régional du Grand-Portage de Rivière-du-Loup réalise cette surveillance. Aucun cas de bactériémies nosocomiales sur cathéters veineux aux soins intensifs n'a été observé dans les hôpitaux de la région, ce qui concorde aux conformités à la cible établie. Ce résultat conforme signifie que le taux d'incidence observé est inférieur à la cible de la catégorie. La cible cible est de 0,3 cas/1 000 jours cathéters pour les centres de soins intensifs visités.

Taux d'incidence (cas/10 000 jours-présence) observés et cibles des bactériémies à *SARM* d'origine nosocomiale dans les hôpitaux du Bas-Saint-Laurent en 2018-2019



Source des taux cibles : MSPQ, (9 mai 2019).

Note : Daniel Gélinas **Date** : 29 mai 2020

* Résultat en date du 15 mars 2018
** Résultat en date du 29 mai 2019

AXE D'INTERVENTION : DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU	
OBJECTIF DE RÉSULTATS	5.1.3 Produire et mettre à jour, annuellement, le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles 5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail 5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité 5.1.6 Réduire le recours à la main d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateurs		Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
3.08	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100 %	100 %	100 %
3.09	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une dé marche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	100 %	100 %	100 %
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,18 %	4,98 %	5,01 %
3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,05 %	2,84 %	2,88 %
3.06.01	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,13 %	0,36 %	0,11 %
3.06.02	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0 %	0 %	0 %
3.06.03	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0 %	0 %	0 %
3.06.04	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0,96 %	0,53 %	0,62 %

Commentaires

Tous les établissements de la région ont réalisé leur plan de main d'œuvre local qui a permis à l'Agence d'élaborer le plan de main-d'œuvre régional. Celui-ci a été déposé au MSSS le 5 décembre 2014 et il permet d'avoir un portrait de l'état de situation, au 31 mars 2015, des effectifs en poste, d'identifier et de prévoir les besoins de ressources sur notre territoire pour les trois prochaines années.

Grâce à notre plan d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre au Bas-Saint-Laurent, nous avons été en mesure de réaliser plusieurs zones d'intervention et des priorités d'action tant au niveau local que régional.

La diminution de l'assurance salaire en région, jumelée à de bonnes cohortes de finissants dans les différents programmes et à des projets sur l'organisation du travail, a permis d'avoir peu recours à de la main-d'œuvre indépendante. Toutefois, on note une légère augmentation des heures supplémentaires pour certaines catégories d'emploi. Les résultats demeurent tout de même fort acceptables.

Il est à noter que nous avons 18 projets d'organisation du travail en cours. De ceux-là, deux étaient interétablissement et un régional. Ils ont tous pris fin le 31 mars 2015, totalisant un montant de 2 500 000 $ alloués par le MSSS. En somme, ceux-ci ont eu un impact positif sur la disponibilité et sur l'utilisation de notre main-d'œuvre.

Nom : René Lavoie | **Date :** 15 mai 2015

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

AXE D'INTERVENTION : RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL				
OBJECTIF DE RÉSULTATS	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé 5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail			
Indicateurs		**Résultats* 2013-2014**	**Engagements 2014-2015**	**Résultats** 2014-2015**
3.14	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100 %	100 %	100 %
3.13	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	0 %	70 %	0 %
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,18 %	6.2 %	5,39 %
3.10	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur programme de soutien clinique - Volet préceptorat	88 %	100 %	100 %

Commentaires

3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines

Trois établissements de la région ont été visités en 2014-2015. Il s'agit des CSSS de Rivière-du-Loup, de Matane et de Kamouraska. À noter que le CSSS de Rimouski-Neigette a reçu une visite supplémentaire en février afin de compléter le processus d'agrément amorcé l'année dernière. Tous ces établissements ont reçu leur agrément. En ce qui concerne la mobilisation des ressources humaines, tous les établissements de la région sont conformes aux attentes.

3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail

Plusieurs établissements de notre région avaient entrepris des démarches pour améliorer le climat de travail et favoriser le bien-être du personnel. Différentes actions ont été réalisées dans les diverses organisations sans toutefois être accréditées par un programme reconnu. Le regroupement des établissements dans le nouveau CISSS, étant anticipé en cours d'année a réorienté les actions vers d'autres alternatives, actuelles et futures.

3.01 Ratio d'heures en assurance salaire et nombre d'heures travaillées

Devant les coûts croissants des dernières années en assurance salaire, un consensus régional et des stratégies et priorités d'actions ont été convenus et ont permis de soutenir les intervenants des services de santé dans la gestion proactive des dossiers en assurance salaire et CSST. Ainsi, les mesures consacrées ont permis de réduire le ratio d'assurance salaire au 31 mars 2015 à 5,39 % comparativement à 6.18 % l'année dernière. D'autre part, par ces différentes actions, ceci a permis de rendre disponible plus de main-d'œuvre, d'assurer une présence au travail et, par le fait même, d'atténuer dans une certaine mesure, les problématiques de remplacement, d'heures supplémentaires, de main-d'œuvre indépendante et d'épuisement professionnel.

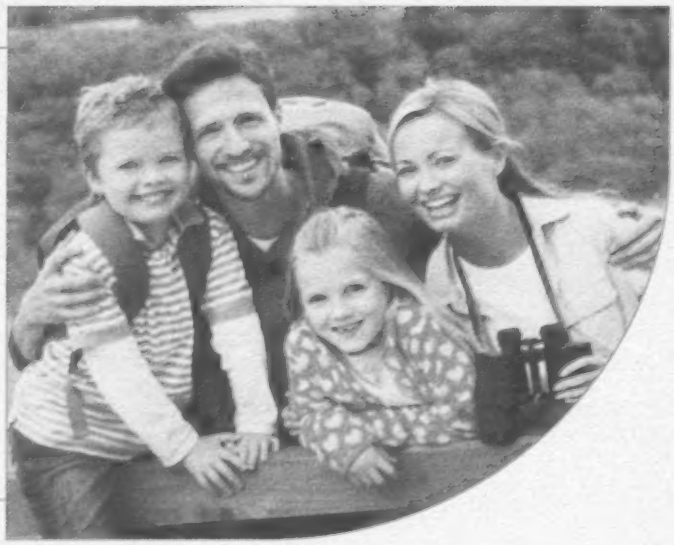
3.10 Programme de soutien clinique – Volet préceptorat

Tous les établissements (100 %) de notre territoire ont utilisé ce levier et déposé leur programme afin de retenir la jeune main-d'œuvre infirmière et infirmière auxiliaire en proposant en moyenne 30 minutes de préceptorat par semaine à ces nouvelles ressources ayant moins de deux ans d'expérience. De plus, ceux et celles qui se sont vu attribuer un poste dans un programme clinique qui différait complètement de leur ancien poste et nécessitant de nouvelles compétences ont pu bénéficier de ce programme.

Le soutien financier du MSSS (259,719 $) a été fort utile tout en permettant de bien encadrer et soutenir les nouvelles recrues et encourager celles-ci à demeurer en région.

Nom : Pierre-Paul Malenfant et René Lavoie	**Date :** 22 mai 2015

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015



Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec